

Obstrucción intestinal sin necrosis: causa inusual de gas portal intrahepático

Intestinal obstruction without necrosis: an unusual cause of intrahepatic portal gas

El gas venoso portal intrahepático (GVPH) en adultos sigue siendo una rara condición con pocos casos descritos y, la mayoría de las veces, conllevan isquemia intestinal y alta mortalidad, aunque hay que reseñar que no siempre gas portal va unido a situaciones abdominales catastróficas ya que puede aparecer en el contexto de situaciones clínicas menos graves, como absceso intraabdominal, úlcera gástrica, pancreatitis hemorrágica, colitis ulcerosa, cetoacidosis diabética e incluso sin causa aparente y/o en relación con determinadas exploraciones (causa iatrogénica)¹⁻⁴. Sin embargo, sólo hay pocos casos de GVPH publicados en relación con obstrucción intestinal y sin necrosis.

Mujer de 48 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y dos laparotomías previas (ooforectomía y embarazo ectópico), que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal, vómitos y falta de deposiciones de 48 h de evolución. A la exploración presenta distensión abdominal y dolor abdominal difuso. En la analítica destaca: PCR, 19; hiperglucemia, 557; leucocitosis con DI y acidosis metabólica. Radiografía simple de abdomen compatible con obstrucción intestinal. La tomografía computarizada (TC) de abdomen identifica signos de obstrucción intestinal con marcada dilatación de las asas del intestino delgado que parecen comprender las asas del yeyuno y el íleon proximal. Se objetiva gas en las ramas portales intrahepáticas y líquido libre en la región perihepática (fig. 1). Se realiza laparotomía media urgente, en que se objetiva obstrucción intestinal con gran dilatación de asas de yeyuno-íleon por bridas, sin signos de necrosis intestinal. Se realiza resección de la brida. La evolución postoperatoria es favorable.

El tratamiento de los pacientes con GVPH debe dirigirse hacia la causa desencadenante y la indicación de cirugía urgente debe basarse en la enfermedad primaria, considerando las cifras de alta mortalidad en relación con la necrosis intestinal que es la causa más frecuente^{2,5}. En las primeras revisiones descritas la causa de la GVPH es, en un 72%, el intestino necrosado (el 3% por obstrucción intestinal sin necrosis) y conlleva una mortalidad general del 75%². Revisiones posteriores asocian otras entidades poco frecuentes a la detección de GVPH que describen como «benignas» o iatrogénicas (post-ERCP, endoscopia, enema), que permitirían plantear un tratamiento conservador^{3,4}, aunque la necrosis intestinal sigue siendo la principal causa descrita y con una mortalidad que, en la actualidad, alcanzaría el 39%, según el trastorno de base⁵. Los pocos casos descritos de obstrucción intestinal y gas portal tienen relación con necrosis del intestino (que requirió resección intestinal)^{2,4,7}; son muy escasos en la literatura los casos descritos sin necrosis intestinal. En este grupo de pacientes el

gas portal intrahepático puede aparecer de forma precoz y sería un dato independiente de la gravedad del proceso, aunque se considera un signo importante para valorar, en el contexto clínico del paciente, la necesidad de cirugía urgente⁶. La causa probable de GVPH, en los casos de obstrucción intestinal, estaría en relación con la hiperpresión del gas en la luz intestinal o la alteración mucosa que permitiría su paso al sistema portal a través de las venas mesentéricas². Otro mecanismo descrito sería la presencia de gas intraluminal posiblemente por bacterias formadoras de gas⁶. La tecnología actual, eco-Doppler y, fundamentalmente, TC abdominal, permite diagnosticar en estadio inicial el GVPH, que pasaría inadvertido en la radiografía simple⁷, de ahí las altas cifras de mortalidad de las primeras revisiones (el gas portal se diagnosticó de forma tardía por radiografía simple)². La TC detecta precozmente mínimas cantidades de gas portal y ayuda a determinar la causa (como el caso que presentamos)^{1,4,5}; distinguiría también los casos que asocian neumatosis intestinal (secundaria, en la mayoría de los casos, a isquemia intestinal) de los que no presentan neumatosis (que incluyen desde entidades banales a situaciones catastróficas)¹. En la actualidad la TC abdominal es una prueba de gran fiabilidad en la detección precoz de mínimas cantidades de aire portal, identifica la causa y posibilita la toma de decisiones. En nuestra opinión, ante el hallazgo de gas portal intrahepático, se puede plantear una actitud conservadora-expectante en pacientes asintomáticos (hallazgo incidental de gas portal en ECO-TC), los casos de causa benigna o



Figura 1 – Tomografía computarizada que muestra gas en las ramas portales intrahepáticas.

iatrogénica y en los pacientes con afección abdominal no isquémica (diverticulitis, úlcera gástrica, enfermedad inflamatoria, obstrucción intestinal), cuando así lo permita la situación clínica del paciente; la laparotomía urgente es necesaria en todos los casos de GVPH de etiología isquémica, en que las cifras de mortalidad siguen siendo altas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelopononissios N, Halkic N, Pugnale M, Jordon Ph, Nordback P, Meyer A, et al. Hepatic portal gas in adults. Review of the literatura and presentation of consecutive series of 11 cases. *Arch Surg.* 2003;138:1367-70.
2. Liebman PR, Patten MT, Manny J, Benfield JR, Hechtman HB. Hepatic portal venous gas in adults: etiology, pathophysiology and clinical significance. *Ann Surg.* 1978;187:281-7.
3. Mohammed AH, Mohammed AH, Khot UP, Thomas D. Portal venous gas—case report and review of the literatura. *Anaesthesia.* 2007;62:400-4.
4. Hong JJ, Gadaleta D, Rossi P, Esquivel J, Davis JM. Portal vein gas, a changing clinical entity: report of 7 patients and review of the literatura. *Arch Surg.* 1997;132:1071-5.
5. Kinoshita H, Shinozaki M, Tanimura H, Umemoto Y, Sakaguchi S, Takifuji K, et al. Clinical features and management of hepatic portal venous gas. Four cases reports and cumulative review of the literatura. *Arch Surg.* 2001;136:1410-4.
6. Tsai JA, Calissendorff B, Hanczewski R, Permert J. Hepatic portal venous gas and small bowel obstruction with no signs of intestinal gangrena alter appendectomy. *Eur J Surg.* 2000;166:826-7.
7. Monneuse O, Gruner L, Henry L, Barth X, Olagne E, Beatriz O, et al. L'aéroportie. *Ann Chir.* 2000;125:435-8.

Marta De Vega Irañeta*, Juan Antonio Martínez-Piñeiro Muñoz, Pedro Artuñedo Pe, Alfonso Antequera Pérez y Fernando Pereira Pérez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdvegaira@yahoo.es (M. De Vega Irañeta)

doi:10.1016/j.ciresp.2009.10.016

Absceso esplénico en usuario de drogas por vía parenteral: resolución con drenaje ecoguiado

Splenic abscess in an intravenous drug user: resolution with ultrasound-guided drainage

El absceso esplénico es una lesión rara en la población general, aunque en series necrópsicas presenta una incidencia del 0,14-0,7%^{1,2}. La etiología más frecuente es la secundaria a diseminación hematogena de émbolos sépticos, como ocurre en la endocarditis bacteriana, a la que puede asociarse¹. Por otro lado, hay numerosos factores predisponentes: desde condiciones que afecten al sistema inmunitario (diabetes mellitus, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas y administración de medicación inmunosupresora) hasta traumatismos^{3,4}. Entre los adictos a drogas intravenosas los abscesos esplénicos son relativamente frecuentes^{1,2}. Esta enfermedad predomina en varones, en una proporción 2:1, y en la raza blanca (67%); la media de edad de aparición es 41 años¹. Muestra una mortalidad muy alta (próxima al 100%) en pacientes no tratados; sin embargo, un manejo adecuado precoz disminuye la tasa al 10%^{1,5}. Por ello, la necesidad de un diagnóstico temprano, muchas veces dificultado por una clínica inespecífica, pero favorecido por la introducción de las técnicas de diagnóstico por imagen. Presentamos un caso resuelto con drenaje ecoguiado.

Varón de 41 años, adicto a drogas por vía parenteral (ADVP), seropositivo para el virus de la hepatitis B y C, y negativo para el virus de la inmunodeficiencia humana, que acudió al

servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal difuso, de 24h de evolución y de carácter continuo; con astenia, anorexia, vómitos y diarrea concomitantes. Se acompañaba de febrícula (37,6 °C), limitada al día del ingreso. La exploración física mostraba caquexia y estado general regular, ligera disminución del murmullo vesicular en las bases pulmonares y signos discretos de irritación peritoneal. En la analítica de urgencias se objetivó leucocitosis con desviación a la izquierda y trombocitosis. Una radiografía simple de tórax fue normal. En la ecografía abdominal destacaba un bazo ligeramente agrandado que mostraba una lesión focal de 6 cm de diámetro, con líquido heterogéneo, compatible con un absceso esplénico (fig. 1A); además, hepatomegalia y ascitis moderada. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopelviánica con contraste, para valorar dicha lesión, y se detectó en su interior una pequeña burbuja de gas, lo que confirmó el diagnóstico de absceso (fig. 1B). El hemocultivo fue positivo para cocos grampositivos. La ecocardiografía descartó la presencia de endocarditis infecciosa. Se llevó a cabo un drenaje percutáneo ecoguiado, y se dejó el catéter durante una semana. Tras comprobar que el catéter había cesado de drenar, y sin retirarlo, se realizó nuevamente una eco-TC de abdomen (fig. 1C y D), que