

Tabla 2 – Resultados antes (pre) y después (post) de la estimulación subcrónica medidos por Euroqol 5D y escala de dolor EVA

	Movilidad		Cuidado personal		Act. cotidianas		Dolor/ malestar		Ansiedad/ depresión		Estado salud		Dolor (EVA 1-10)	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Paciente 1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	1	40	70	10	5
Paciente 2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	32	55	9	4
Paciente 3	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	30	30	9	9

El tratamiento con ERS es un tratamiento eficaz en algunos pacientes con dolor anal crónico severo. Hay autores que han demostrado su coste-efectividad al reducir el número de tratamientos, visitas médicas y bajas laborales que precisan estos enfermos¹⁰. Consideramos que los pacientes deben ser estudiados de forma exhaustiva para descartar patologías que puedan tratarse solucionando la causa del dolor. En aquellos pacientes sin etiología clara en los que han fracasado los tratamientos médicos puede utilizarse la ERS de forma empírica y, si se demuestra su efectividad mediante el uso de escalas de dolor y estudios de calidad de vida, proceder a la implantación del estimulador definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimaud J-C, Bouvier M, Naudy B, Guien C, Salducci J. Manometric and radiologic investigations and biofeed-back treatment of chronic idiopathic anal pain. *Dis Colon Rectum*. 1991;34:690-5.
2. Kamm MA, Hoyle CH, Burleigh DE, Law PJ, Swash M, Martin JE, et al. Hereditary internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation. *Gastroenterology*. 1991;100:805-10.
3. Ger GC, Wexner SD, Jorge JM, Lee E, Amaranath LA, Heymen S, et al. Evaluation and treatment of chronic intractable rectal pain: a frustrating endeavor. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:139-45.
4. Pedersen IK, Christiansen J. A study of the physiological variation in anal manometry. *Br J Surg*. 1989;76:69-70.
5. Gorfine SR. Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerine. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:453-7.
6. Dudding TC, Vaizey CJ, Jarrett ME, Cohen RG, Kamm MA. Permanent sacral nerve stimulation for treatment of functional anorectal pain: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:1275-8.
7. Falletto E, Masin A, Lolli P, Villani R, Ganio E, Ripetti V, et al. GINS (Italian Group for Sacral Neuromodulation). Is sacral nerve stimulation an effective treatment for chronic idiopathic anal pain? *Dis Colon Rectum*. 2009;52:456-62.
8. Soria-Aledo V, Mengual-Ballester M, Pellicer-Franco E, Aguayo-Albasini JL. Improvement in the quality of life of faecal incontinent patients after sacral root stimulation treatment. *Cir Esp*. 2011;89:581-7.
9. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, et al. Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res*. 1998;7:311-22.
10. Mekhail NA, Aeschbach A, Stanton-Hicks M. Cost benefit analysis of neurostimulation for chronic pain. *Clin J Pain*. 2004;20:462-8.

Víctor Soria-Aledo^{a,*}, Enrique Pellicer-Franco^a,
Mónica Mengual-Ballester^a, Graciela Valero-Navarro^a
y José Luis Aguayo-Albasini^b

^aUnidad de Coloproctología, Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia, España

^bServicio Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victoriano.soria@carm.es (V. Soria-Aledo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.032>

Neumatosis portal-hepática-mesentérica, ¿es siempre un diagnóstico ominoso?

Mesenteric hepatic portal pneumatosis: is it always an ominous diagnosis?

La neumatosis portal es un signo radiológico que hasta hace pocos años se asociaba a estadios evolucionados de isquemia intestinal con un pronóstico infausto. Sin embargo, cada vez

son más los autores que describen casos de neumatosis portal asociada a procesos inflamatorios agudos con una supervivencia del 70-80%^{1,2}.



Figura 1 – TAC abdomino-pélvico con contraste intravenoso: neumatosis portal a nivel hepático.

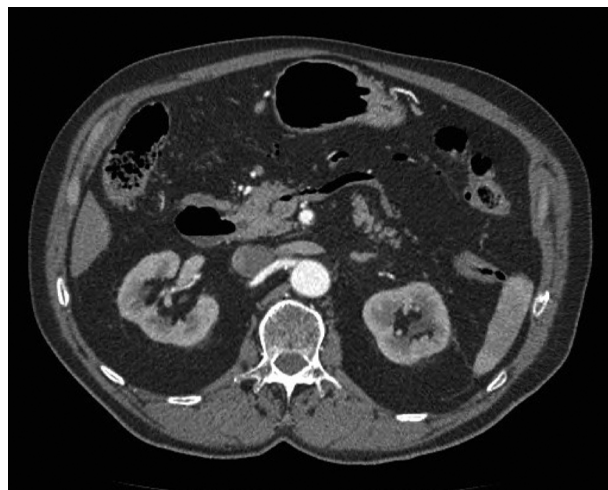


Figura 2 – TAC abdomino-pélvico con contraste intravenoso: se observa extenso nivel aéreo a nivel de la vena esplénica.

Presentamos el caso de un varón de 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial. Acude a urgencias tras un episodio de dolor centro torácico brusco, hipotensión y caída al suelo sin pérdida de la consciencia. A la exploración mostraba palidez mucocutánea, sudoración, presión arterial de 65/45 mmHg y una frecuencia cardíaca de 34 latidos por minuto en ritmo sinusal. El abdomen era globuloso, sin signos de irritación peritoneal. Tras estabilizar al paciente, y ante la sospecha de una disección de aorta, se decide realizar rápidamente una tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica, con contraste por vía intravenosa, donde se observa neumatosis portal extensa con gas en la vena mesentérica inferior y vena esplénica, sin otros hallazgos que lo justifiquen (figs. 1 y 2). El análisis de sangre (hematología-bioquímica-coagulación) resultó insignificante. Debido a la discordancia clínica-radiológica se decide realizar una laparoscopia exploradora meticulosa en la que no se evidencia causa alguna que justifique el gas en el sistema venoso portal. Finalmente, el paciente ingresa para control evolutivo manteniéndose asintomático en todo momento. Fue dado de alta 72 h después con una TC abdomino-pélvica, sin hallazgos relevantes. Tras 6 meses de seguimiento permanece asintomático.

La neumatosis portal es un signo radiológico con numerosas etiologías. Se ha descrito asociada a patología vascular, infecciosa, perforaciones de víscera hueca, traumatismos abdominales, enfermedades inflamatorias, secundaria a exploraciones endoscópicas o a tratamiento quimioterapéutico, consumo de drogas, etc.^{2,3}. La fisiopatología de este hecho no es bien conocida. Los supuestos factores que predisponen a la aparición de gas en el sistema venoso portal son: el escape de gas producido por algunos microorganismos productores de gas existentes en la luz del intestino o en abscesos, o la presencia de estos microorganismos en el sistema venoso portal³.

El diagnóstico de neumatosis portal ha aumentado en los últimos años debido al aumento de realización de exploraciones radiológicas y a la mayor sensibilidad de las mismas. La TC es la exploración radiológica de elección, ya que puede

apuntar el diagnóstico de la causa subyacente y orientar el tratamiento^{4,5}.

En los últimos años son varios los autores que han intentado crear algoritmos de manejo de la neumatosis portal para evitar laparotomías innecesarias y conseguir un tratamiento más eficiente. De forma concisa, podríamos decir que el objetivo es diferenciar si la causa subyacente se trata de una patología que requiere una intervención quirúrgica urgente (isquemia intestinal, peritonitis, etc.), si se trata de una causa reversible (absceso intraabdominal, enfermedad inflamatoria, gastroenteritis, etc.) o si se trata de un hallazgo casual. En el primero de los supuestos, además del signo radiológico de neumatosis portal, el enfermo presentará signos de sepsis y la mortalidad puede ascender hasta el 80-90%. Sin embargo, cuando se trata de un hallazgo casual, diagnóstico al que llegamos tras descartar todas las demás posibles causas de neumatosis portal, la mortalidad será del 0%⁶⁻⁹. En este último supuesto, y atendiendo a la posible fisiopatología de la neumatosis de presencia portal, podría parecer recomendable el uso de antibióticos de forma profiláctica. Sin embargo, no existen estudios que recomienden su uso de forma generalizada.

Por todo ello, es importante realizar un buen diagnóstico diferencial ante la presencia de gas en el sistema venoso portal, descartando lo antes posible las causas que precisan un tratamiento quirúrgico urgente. No hay que olvidar que puede tratarse de un hallazgo casual que no requiere ninguna terapia específica.

BIBLIOGRAFÍA

- Chien-Hua L, Jyh-Cherng Y, Huan-Fa H, Hurng-Sheng W, Shih-Yi C, Chu-Hsin C. Pneumatosis intestinalis and hepatic-portal-mesenteric venous gas in intestinal ischemia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:96-9.
- Mancebo A, Álvarez-Hornia E, Rodríguez-Peláez M, Ibáñez M, Luyando LM, Varela M. Indolent evolution of an episode of

- acute gastroenteritis complicated with portal pneumatosis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:557-9.
3. Abboud B, El Hachem J, Yazbeck T, Doumit C. Hepatic portal venous gas: physiopathology, etiology, prognosis and treatment. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3585-90.
 4. Monneuse O, Pilleul F, Barth X, Gruner L, Allaouchiche B, Valette PJ, et al. Portal venous gas detected on computed tomography in emergency situations: surgery is still necessary. *World J Surg.* 2007;33:1179-83.
 5. Duron VP, Rutigliano S, Machan JT, Dupuy DE, Mazzaglia PJ. Computed tomographic diagnosis of pneumatosis intestinalis: clinical measures predictive of the need for surgical intervention. *Arch Surg.* 2011;146:506-10.
 6. Pastor C, A-Cienfuegos J, Bueno A, Pedano N, Martinez P, Baixauli J. Réplica: significado clínico de la neumatosis portal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:107-8.
 7. Morris MS, Gee AC, Cho SD, Limbaugh K, Underwood S, Ham B, et al. Management and outcome of pneumatosis intestinalis. *Am J Surg.* 2008;195:679-83.
 8. Wayne E, Ough M, Wu A, Liao J, Andresen KJ, Kuehn D, et al. Management algorithm for pneumatosis intestinalis and portal venous gas: treatment and outcome of 88 consecutive cases. *J Gastrointest Surg.* 2010;14:437-48.
 9. Nelson AL, Millington TM, Sahani D, Chung RT, Bauer C, Hertl M, et al. Hepatic portal venous gas: the ABCs of management. *Arch Surg.* 2009;144:575-81.
- Marina Garcés Albir*, Fernando López Mozos,
Elena Martí Cuñat, Roberto Martí Obiol
y Joaquín Ortega Serrano
- Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: garalma@hotmail.com (M. Garcés Albir).
- 0009-739X/\$ – see front matter
© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.031>