

## Varón de 21 años con caquexia y presencia de abundante cantidad de gas intraabdominal

X. García, Ll. Soler, M. Amer, J. Camacho y F. Arnalich  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### Caso clínico

Paciente de 21 años que acude al Servicio de Urgencias por adelgazamiento de 36 kg en el último año. Comenzó un plan de adelgazamiento voluntario con el fin de presentarse a unas oposiciones, consistente en dieta y ejercicio físico. La pérdida de peso aumentó de forma incontrolada hasta alcanzar una gran debilidad física. El paciente negaba episodios de bulimia, vómitos o diarrea. Su entorno nos reveló ingesta masiva de chicles sin azúcar (hasta un máximo de 15 paquetes/día), hecho admitido por el paciente y justificado como método anorexígeno. En el examen físico destacaba un índice de masa corporal (IMC) de 13,3 y caquexia. El abdomen presentaba marcado timpanismo con ruidos intestinales normales. En la analítica resaltaba una hipertransaminasemia (transaminasa glutámico-oxalacética [GOT] 408, transaminasa glutámico-pirúvica [GPT] 534) y lactato deshidrogenasa (LDH) 849, sin colestasis y hormonas tiroideas normales. La radiografía simple de abdomen y la tomografía computarizada (TC) mostraron presencia de neumomediastino, neumoperitoneo y gran cantidad de gas intraluminal y parietal en el marco cárdeno (figs. 1 a 3). El hígado presentaba esteatosis difusa.



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen en la que se observa marcada neumatosis cólica confluyente que afecta a la totalidad del intestino grueso.

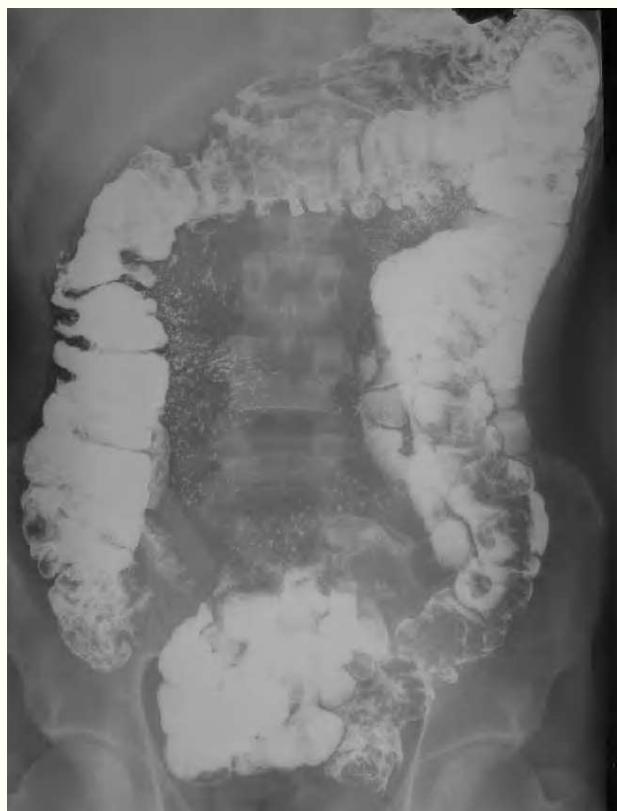


Fig. 2. Tránsito intestinal en el que se observa plenificación del marco cárdeno, engrosamiento de las válvulas conniventes y defectos pseudopolipoideos en colon derecho, más acusados en ángulo hepático.



Fig. 3. Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso en la que se aprecia marcada neumatosis cólica confluente con imágenes de neumo y retroperitoneo anterior y posterior de escasa cuantía.

## Evolución

El Servicio de Nutrición diagnosticó un estado de malnutrición severa de predominio calórico. Las pruebas de malabsorción fueron normales y el tránsito gastrointestinal mostró un patrón mucoso normal. Las serologías de virus hepatotropos resultaron negativas. Descartada la presencia de enfermedad orgánica caquetizante, se corroboró la sospecha diagnóstica de anorexia nerviosa. La marca de chicles consumida habitualmente por el paciente contenía como edulcorante sorbitol. Transcurrido un mes se normalizó la bioquímica hepática y se resolvió la neumatosis.

## Diagnóstico

Neumatosis colónica complicada con neumoperitoneo y neumomediastino espontáneos. Anorexia nerviosa grave y malnutrición severa con esteatosis hepática.

## Comentarios

La neumatosis quística intestinal (NQI)<sup>1</sup> es una rara entidad caracterizada por la presencia de múltiples quistes gaseosos intramurales en cualquier porción del tubo digestivo. Además, puede ser causa de neumoperitoneo y neumomediastino no asociado a perforación de víscera hueca. Se han formulado distintas teorías etiopatogénicas<sup>2</sup>, de las cuales destacan tres: a) bacteriana, según la cual la alteración de la permeabilidad mucosa permitiría el paso de gérmenes productores de gas al sistema linfático; b) fisicoquímica: un exceso de hidrogeniones modificaría el pH intraluminal absorbiéndose éstos a través de los linfáticos y liberándose monóxido de carbono (CO), y c) mecánica: una hipertensión del gas gastrointestinal de causa obstructiva favorecería la difusión del mismo a través de la mucosa a las capas subyacentes, formándose por disección acumulados quísticos. Se supone que el neumomediastino y el neumoperitoneo<sup>3</sup> serían consecuencia de ulterior difusión, a través de la serosa, del gas acumulado con paso del mismo a dichos espacios.

La NQI se puede asociar a múltiples enfermedades. Además se han descrito casos secundarios a la ingesta masiva de sorbitol<sup>4</sup>, hecho reflejado en la historia clínica de nuestro paciente. El sorbitol es un polialcohol pobremente absorbido en el intestino delgado; una vez en el colon, y por efecto de la flora bacteriana saprofita, produciría un aumento de niveles de hidrogeniones activándose la cascada de eventos de la teoría fisicoquímica de la NQI. No hemos encontrado ningún caso en la literatura de anorexia como causa de neumatosis. En la figura 4 exponemos nuestra teoría etiopatogénica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López-Otazu J, Cruz Vigo JL, Díaz-Faés J, San Román J, González de Francisco T, Higuero Moreno F. Pneumatosis cystoides intestinales in the adult. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1984;66(2):160-4.
2. Myre LE, Pinon S, Forman WB. Causes of benign asymptomatic pneumoperitoneum. American Family Physician. 2004;69(1):29-32.
3. López-Otazu J, Cruz Vigo JL, Díaz-Faés J, San Román J, González de Francisco T, Higuero Moreno F. Neumatosis quística intestinal del adulto. Revisión a propósito de tres casos. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1984;66(2): 160-4.
4. Duncan B, Barton LL, Eicher ML, Chmielarczyk VT, Erdman SH, Hulett RL. Medication-induced pneumatosis intestinalis. Pediatrics. 1977;59(4):633-6.

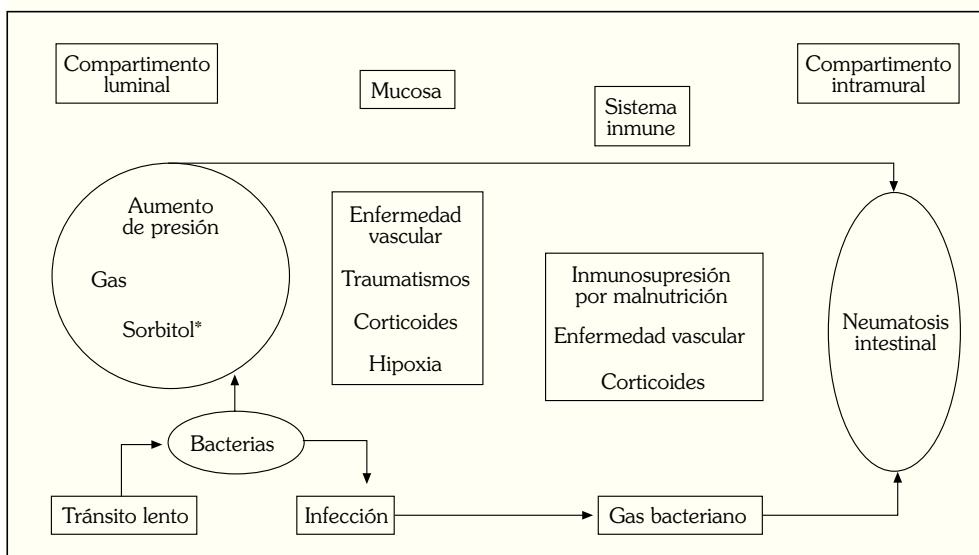


Fig. 4. Teorías etiopatogénicas de neumatosis intestinal. En nuestro caso quizás la anorexia nerviosa, junto con los otros factores ya descritos en la literatura, sería una causa de daño de la mucosa intestinal y de inmunosupresión que favorecerían el paso de gas al compartimento intramural.  
\* Tránsito lento.