

Neumatosis Quística Intestinal

Dr. Alberto Torrico Camacho**

Dr. Oscar Grájeda Grájeda

Dr. Abel Acosta Canedo

Dr. Jaime Velázquez Centellas

RESUMEN:

Se presenta una paciente de 32 años de edad, procedente del área rural La Paz - Bolivia, con diagnóstico post-operatorio de Neumatosis Quística Intestinal por estenosis de píloro, confirmado por histopatología y que representa el 0,02% de un total de 4.612 cirugías realizadas en el Instituto Gastro - enterológico Boliviano Japonés de Cochabamba entre abril de 1981 a septiembre de 1992.

Por la rareza de esta patología en nuestro medio, se revisa el tema desde un punto de vista estadístico, conceptual, de diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico es esencialmente radiológico, pero también puede ser un hallazgo quirúrgico o en autopsias. El tratamiento es de acuerdo al cuadro de base. Finalmente creemos que la Neumatosis Quística Intestinal debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial con otras patologías gastro-intestinales.

INTRODUCCION:

La Neumatosis Quística Intestinal o Pneumatosis Cystoide Intestinal, consiste en la presencia de múltiples quistes o zonas lineales llenas de gas (N₂, CO₂ y O₂) entre las capas de los tejidos que forman el tubo digestivo. Esta patología que es poco frecuente en el humano, afecta en primer lugar el intestino delgado, colon derecho y finalmente colon izquierdo, con una relación variable de 5 varones por 1 mujer.

Entre 1728 y 1793 se asignó a John Hunter la primera descripción de esta patología aunque incompleta y que posteriormente aparecieron numerosas publicaciones en la literatura mundial (1,2).

En cuanto a la patogenia de la Neumatosis Quística Intestinal no está absolutamente claro, existiendo numerosas teorías, las más aceptables son las mecánicas, bacterianas y las idiopáticas, este último representa el 15% (3,4).

INSTITUTO GASTRO-ENTEROLOGICO
BOLIVIANO JAPONES

Cochabamba - Bolivia

** Ex Becado Departamento de Cirugía Hospital
Clínico de la Universidad de Chile.

La teoría mecánica

Sostiene la solución de continuidad de la mucosa intestinal, que permite la entrada de aire desde la luz intestinal a las zonas submucosas y subserosas, por el aumento de la presión intraluminal en los casos de: obstrucción pilórica, obstrucción intestinal, endoscopías digestivas altas y bajas, polipectomías, traumas y otros. Los accesos de tos intensa asociados a la enfermedad bronquial obstructiva crónica y al asma, producen ruptura violenta indolora de los alvéolos, el aire alveolar forma el neumomediastino y el gas sigue el trayecto de la aorta hacia el retro peritoneo y de aquí llega a la pared intestinal siguiendo los vasos mesentéricos.

Teoría Bacteriana

Existen pruebas experimentales con las bacterias productoras de gas que tienen relación con la Neumatosis quística intestinal, especialmente en personas prematuras, desnutridas, con depleción de líquidos extracelulares, enteritis graves, enfermedades inflamatorias intestinales, uso de esteroides, uso de quimioterápicos y de las cirugías que dejan segmentos excluidos como las asas ciegas; todas éstas condicionan y favorecen el crecimiento bacteriano que producen gas.

El diagnóstico clínico de esta patología es muy difícil, porque no tiene sintomatología propia y a veces la sintomatología es de la complicación o de la causa de base a como las peritonitis, obstrucción intestinal, vólvulo, adherencias, intususcepción, abscesos, sangrado intestinal, in-

farto mesentérico y otros, siendo el diagnóstico esencialmente radiológico, pero también puede ser un hallazgo quirúrgico o de autopsia. (5)

El tratamiento consiste en controlar la enfermedad de base, tratando médicamente los casos no complicados porque regresan espontáneamente y el tratamiento quirúrgico esta indicado en las complicaciones, la Neumatosis Intestinal también aparece y ocurre después de la cirugía por úlcera péptica o de una obstrucción intestinal y puede recurrir después de una resección segmentaria intestinal, si no se soluciona la causa de base.

El pronóstico a menudo es benigno y depende en la gran mayoría de las enfermedades gastro-intestinales, pulmonares y otras patologías asociadas.

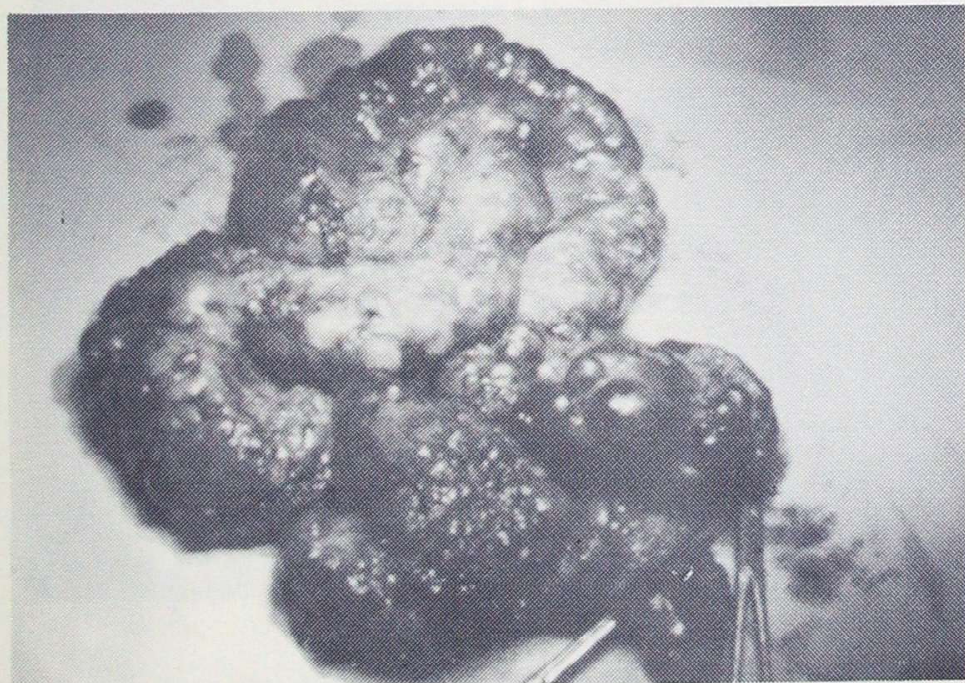
El presente trabajo tiene por objeto revisar e informar sobre esta patología rara y de escasa presentación en nuestro medio.

PRESENTACION DEL CASO

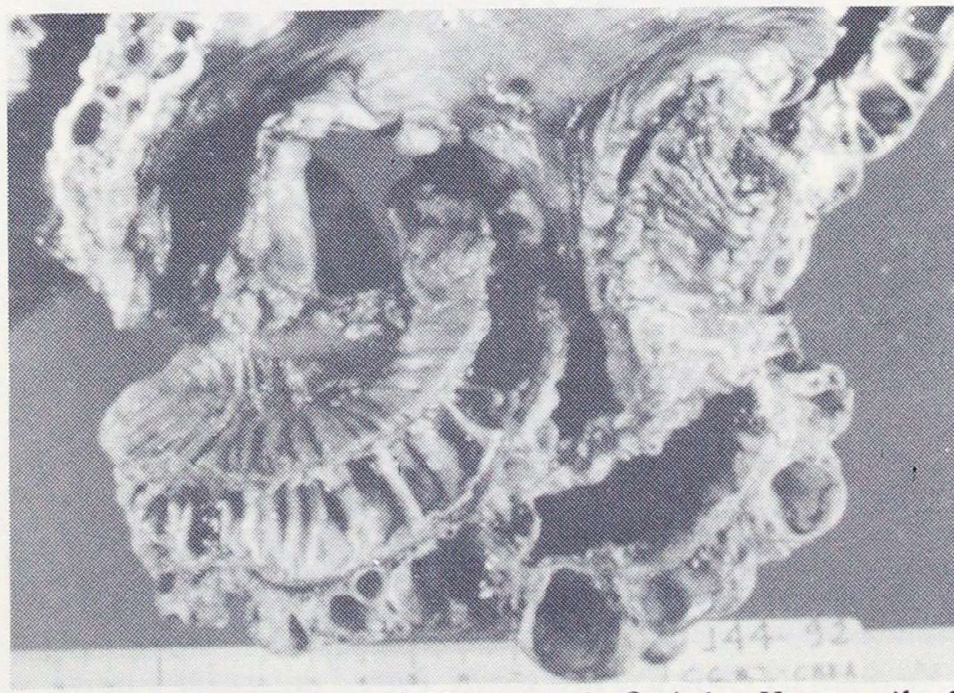
Femenino de 32 años de edad proveniente del área rural, con H.CL. 24870 de ocupación labores de casa, que ingreso el 28-02-92, por presentar dolor abdominal, vómitos y dificultad para canalizar gases por ano.

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde hace 8 meses con sintomatología úlceroa no tratada, además distensión abdominal progresiva después de las comidas, y vómitos post-prandiales en forma esporádica. Hace un mes atrás el dolor abdominal se hace intenso continuo, tipo retortijon a veces pungitivo, locali-



1. Neumatosis Quística Yeyuno-ileal



2. Pieza fijada con formol. Neumatosis Quística Yeyuno-ileal

zados en epigastrio e irradiándose en cinturón a la región dorso-lumbar, el mismo que se magnifica con la bipedestación y la deambulacion. Acompañándose de náuseas y vómitos post-prandiales y gastro-biliosos los últimos días a su internación. Además de distensión abdominal, anorexia, estreñimiento con deposiciones cada 2 a 3 días, dificultad para canalizar gases por ano y lipotimias en varias oportunidades.

Antecedentes Personales:

Herniorrafia umbilical hace 4 meses.

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Ciclos menstruales regulares G=5 P=5 Amenorrea hace dos meses.

Examen Físico:

En decubito dorsal activa, lúcida, pálida, deshidratada, enflaquecida y aparenta enfermedad crónica.

S.V.: P.A. 100/80 P. =80 x r°=35, 8oC F.R.= 20x
Peso = 39 Kgr.

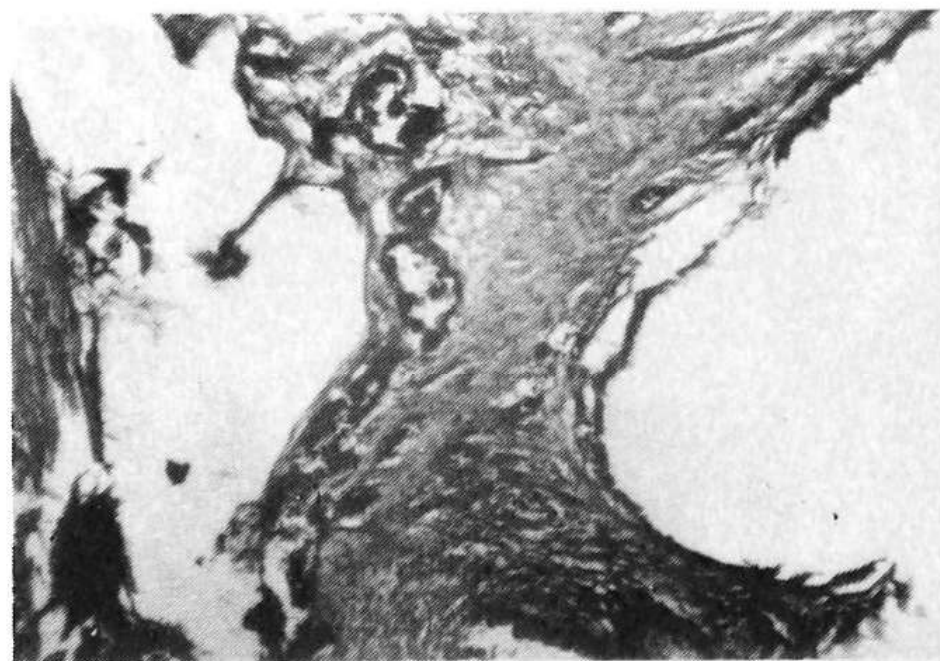
Ojos: Pterigión en ángulo interno del lado derecho.

Boca: Lengua saburral, dientes incompletos y en mal estado de conservación.

Cardio-pulmonar Clínicamente normal.

Abdomen:

Distendido, con cicatriz infra-umbilical doloroso a la palpación profunda en epigastrio y cuadrante inferior derecho, Blumberg dudoso, Signo de Jobert (+) y peristaltismo hiperactivo a momentos timbre metálico.



3. Neumotisis Quística Intestinal. Pared muscular y parte de mucosa, con quistes de aire.

Exámenes de Laboratorio:

G.R. 4.330.000 mm³, G.B. 7.900 mm³. Hb. 12.4 gr%, Hto. 37,2% resto de exámenes normales. Excepto las proteínas totales 3,9 gr.d/1, albúmina 2,7 gr.d/1 globulinas 1,2 gr. d/1.

R.X. abdomen simple:

Aire subdiafragmático derecho y niveles hidroaéreos.

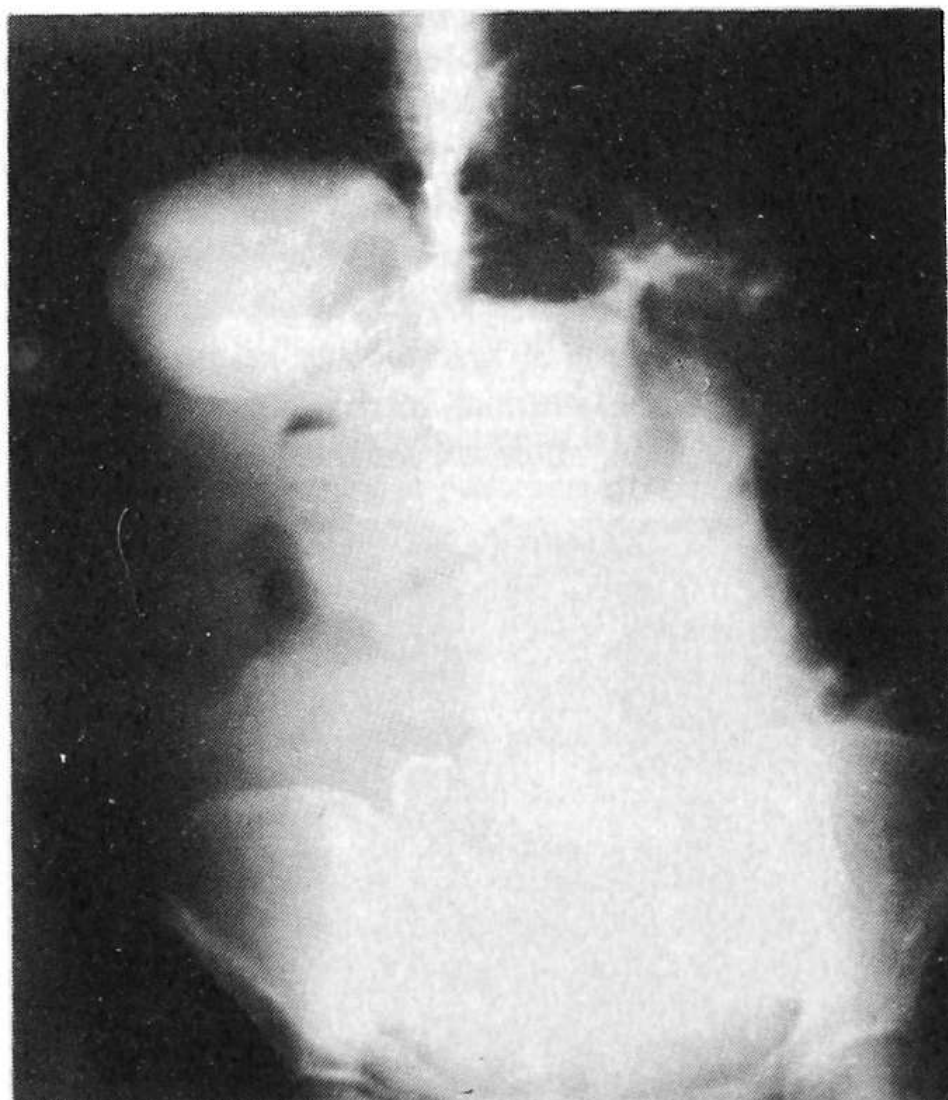
Ecografía:

Asas intestinales dilatadas por contenido

I. Hipótesis diagnóstica:

Úlcera Péptica Perforada - Obstrucción Intestinal, - Desnutrición y Amenorrea de + 8 semanas.

Se opera el mismo día con los mismos diagnósticos, siendo los hallazgos quistes múltiples de diferente tamaño que comprometen toda la serosa, algunos comprometen toda la pared intestinal y en una longitud de dos metros - Estómago muy dilatado con alimentos semidigeridos - Estenosis casi total de píloro por úlcera perforada cubierta por cara inferior de hígado, además de múltiples adherencias - Líquido turbio libre en cavidad peritoneal y apéndice cecal con coprolitos.



4. R.X.. Abdomen Simple.

- aire subdiafragmático dercho.
- quistes de aire en Hipocondrio izquierdo

Cirugía:

Resección parcial yeyuno-ileal más anastómosis t-t en dos planos - Lisis de Adherencias - Vaguetomía Troncal bilateral - gastro-yeyuno anastómosis L.L. anisoperistáltica.

Diagnóstico post-operatorio:

Neumatosis quística yeyuno -ileal (fig. 1) Síndrome de Retención Gástrica por úlcera pilórica y Peritonitis por permeación.

Histopatología:

Neumatosis Quística de Intestino Delgado (Fig. 2 y 3) - Filetes Nerviosos Troncales, apéndice cecal.

Evolución: Favorable se realimentó al 7 día y se dio de alta al 13° día. Paciente vuelve después de un mes con Dumping tardío, que cedió sólo con dieta y lo clasificamos como Visick II.

- Control después de seis meses: paciente asintomático clínicamente.

Comentario:

Presentamos una paciente de 32 años de edad, procedente del área rural La Paz - Bolivia, con diagnóstico post- operatorio de Neumatosis Quística Intestinal secundaria a obstrucción pilórica, confirmado por Histopatología y que representa el 0,02% de un total de 4.612 cirugías realizadas en el Instituto Gastro-enterológico Boliviano -

Japonés de Cochabamba entre abril de 1981 y septiembre de 1992.

Esta patología es muy rara en el sexo femenino y de escasa presentación en nuestro medio, además de difícil diagnóstico clínico como el caso que presentamos.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, se realizaron los de rutina que no eran significativos para esta patología. Referente a la radiografía estamos de acuerdo con varios autores y consideramos que es muy importante para el diagnóstico de la Neumatosis Quística. En los R.X. de abdomen simple, en el pre-operatorio sólo observamos aire subdiafragmático derecho y signos indirectos de peritonitis que se concluye como perforación de víscera hueca. Después de la Cirugía volvimos a valorar la placa radiográfica; aparte de lo mencionado, vimos claramente quistes de aire en la pared intestinal especialmente en hipocondrio izquierdo (Fig. 4). Creemos que nuestro error fue precipitado por no pensar en esta patología. Según Eliot, la obstrucción pilórica representa el 60% como causa de la Neumatosis Quística Intestinal; nosotros presentamos un caso.

En cuanto a la terapéutica de esta patología, estamos de acuerdo de tratar médicamente o quirúrgicamente de acuerdo a la enfermedad de base. Finalmente, creemos que la Neumatosis Quística Intestinal debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial con otras patologías gastrointestinales.

BIBLIOGRAFIA

1. Donnelly E., Padorno L., Tyrrel C., Zárate J. y Rijana R. Neumatosis Colónica a propósito de un caso. La Prensa Médica, Arg. 1984; 71; 641-4.
2. Balmaseda M., Lagattuta F. and Tugaben J. Pneumatosis Cystoides Intestinales in Quadriplegia; A case Report. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1987; 68: 563-5.
3. Sato A., Yamaguchi K. and Nakajima T. A New Health Problem Due to Trichloroethylene: Pneumatosis Cystoides Intestinalis. Archives of Environmental Health and International Journal. 144-7. 1987.
4. Van Derjagt E. Van Son W., Van Der Woude F., Meijer S., Sloof M. and Tegzess A. Pneumatosis Intestinalis Related to Cytomegalo - Virus Infestation - A New Etiology? European Journal of Radiology. 1987; 7: 28-9.
5. Ammons M., Bauling P., and Weil R. Pneumatosis Cystoides Intestinalis With Pneumoperitoneum in Renal Transplant Patients on Cyclosporine and Prednisone. Transplantation Proceeding. 1986; 18: 1868-70.
6. X Parreira J., Nicoluzzi A., Caron P., Costa Filho C., Almeida F. & Lima Neto P. Pneumatosis Cistoide Intestinal; Relato de un Caso. Revista Brasileira de Cirurgia. 1983, 73: 143-5.