NEUMATOSIS CYSTOIDES INTESTINAL, REPORTE DE UN CASO

***Manuel Guerrero **Maria de Pilar Jiménez**

PALABRAS CLAVES: Neumatosis Intestinal. Neumatosis Cystoides. Enfisema Buloso.

RESUMEN

La neumatosis intestinal también denominada enfisema buloso, quistes abdominales con gas y neumatosis cystoides intestinal, es una afección poco frecuente.

En los registros de sistemas automatizados de información, se encontraron 44 artículos publicados en los últimos 3 años a nivel mundial, con excepción de los países latinoamericanos, los cuales no están incluidos. En los países latinoamericanos se han publicado 10 artículos desde el año 1981 a 1994. A nivel nacional no se encontró ningún artículo publicado de neumatosis quística intestinal, en los últimos 14 años.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 44 años de edad con cuadro clínico de abdomen agudo por ulcus péptico perforado, encontrando neumatosis quística intestinal como hallazgo casual en la Laparotomía exploradora. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio.

KEY WORDS: Pneumatosis lntestinalis. Pneumatosis Cystoides. Bullous Emphysema.

SUMMARY

Pneumatosis intestinalis well known as emphysema bullous, abdominal cysts with gas and pneumatosis cystoides intestinalis is an uncommon disease; in the automatizated system of information we have found forty four (44) duplicated world articles in the last three (3) years, with the exception of Latin American countries which no are included in the system. In Latin American countries, they have been duplicated ten (10) articles since the years 1981 to 1994. At the national level we have no found any articles duplicated of pneumatics cystoids intestinal is in the last fourteen (14) years.

We present case of a male patient, forty four (44) years oid, with clinical symptoms like acute abdomen by ulcus peptic perforated- when performing the exploratory laparotomy it shows pneumatosis cystoides intestinalis as unexpected finding. The patient recovered satisfactorily after surgery.

*** Médico Residente Adscrito al Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Pastor Oropeza Riera". Carora-Venezuela.**

**** Especialista l. Adjunto al Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Pastor Oropeza Riera". Carora-Venezuela.**

INTRODUCCIÓN

Se presenta la historia de un paciente masculino de 44 años de edad, a quien se le diagnosticó neumatosis cystoides intestinal como hallazgo casual al realizarle laparotomía de urgencia por ulcus péptico perforado.

Creemos importante reportar este caso debido a que es una afección poco frecuente encontrando 10 artículos publicados desde el año 1981 a 1994 en los países latinoamericanos- y a nivel nacional no se encontró ningún artículo publicado de neumatosis quística intestinal, en los últimos 14 años.

Esta patología en la mayoría de los casos se presenta asociada a distintas enfermedades entre ellas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades gastrointestinales o enfermedades sistémicas como las enfermedades de¡ tejido conectivo" por lo que el tratamiento y el pronóstico dependen del proceso subyacente.

Por lo general no amerita tratamiento debido a que los quistes pueden desaparecer espontáneamente o estar asintomático, a menos que ocasionen alguna complicación como el vólvulo inducido por quistes o el neumoperitoneo a tensión.

El diagnóstico se realiza mediante examen radiológico, por rectosigmoidoscopia a en el curso de una laparotomía.

REPORTE DE UN CASO

Se trata de un paciente masculino de 44 años de edad, portador de ulcus péptico duodenal diagnosticado hace dos años, sin tratamiento al momento de ingresar. quién refiere E.A. de 1 día de evolución caracterizada por dolor abdominal, tipo cólico, de moderada intensidad, en flanco derecho, que posteriormente se generalizó. Concomitantemente vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentarlo, motivo por el cual consulta y se decide su ingreso para estudio y tratamiento.

Con antecedentes de apendicectomía hace 20 años. Colecistitis alitiásica y ulcus péptico diagnosticados hace 2 años.

Niega antecedentes familiares de importancia.

Al examen funcional refiere intolerancia a granos y grasas, pirosis, hiporexia. pérdida de peso (25 kgs aproximadamente) en 2 años, halitosis, hábito intestinal diario y micciones normales.

Al momento de su ingreso signos vitales normales T.A. = 100150 mmHg FC = 88x' FR = l6x'.

En regulares condiciones generales, afebril al tacto, levemente deshidratado, consciente, eupneíco con facies álgica. Cardiopulmonar: normal. Abdomen defendido y doloroso a la palpación generalizada, a predominio de hemiabdomen interior, levemente distendido y timpanizado, no se palpan visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes escasos-, impresionan signos de irritabilidad peritoneal. Resto del examen físico dentro de límtes normales.

Laboratorio inicial:

Hb = 15,4 grldl
Hto: 49.9%
GB: 9.000 x mm3

Seg: 86%
Linf: 11%
Eosi: 30%
Plaquetas: 339.000 K/VI
Glucosa: 101 mgrs/dl
Urea: 40 mgrs/dl
Creatinina: 1,1 mgrs/dl
Na+ = 136 meq/lt
K+ = 4,26 meq/lt
CI- = 102 meq/lt

Examen de orina: dentro de límites normales.

Rx de abdomen simple de pie. Revela gran neumoperitoneo.

Por lo que se decide llevar a pabellón con el diagnóstico pre-operatorio de ruptura de víscera hueca y peritonitis.

Bajo anestesia general visualizando los siguientes hallazgos: abundante líquido gástrico y restos de alimentos libres en cavidad abdominal Gran Magrma Inflamatorio que ocupa el píloro donde se observa perforación de 0,3 cm aproximadamente. Vesícula adherida a perforación del bulbo duodenal. Estómago muy grande e hipertrofiado, Intestino ileon y parte del colon con múltiples quistes de contenido aéreo, de diferentes tamaños, que involucran todas las paredes de¡ intestino, con aspecto de racimos de uvas. Resto de órganos de cavidad abdominal indemnes.

Se realiza vagotomía troncular y hemigastrectomía con gastroyeyunostomía tipo Bilroid 11 y pie de Brown. Cierre del muñón duodenal en 2 planos. Resección de 1,50 metros aproximadamente del intestino (lleon) severamente comprometido por neumatosis. Lavado exhaustivo de cavidad abdominal,. Colocación de dren y síntesis por planos hasta piel.

En el postoperatorio el paciente evolucionó satisfactoriamente, recibió tratamiento médico con Ampicilina, Cioranfenicol y Amikacina. Al 5to día se decide retirar sonda nasogástrica e indicar dieta de gastrectomizados" se retiran dren al 6to día y es dado de alta en buen estado general al 8vo día- Actualmente con buena evolución y totalmente asintomático.

La biopsia de estómago, bordes de úlcera e intestino delgado reportó:

Informe macroscópico: Segmento de estómago de 23 cm a lo largo de la curvatura menor. El diámetro proximal alcanza 15 cms. el distal 2 cm. Las paredes tiene un grosor, en el 113 proximal de 0,5 cm., para irse engrosando progresivamente hacia la parte dista¡ donde alcanza 2 cm de grosor. La superficie mucosa es plegada en la parte dista¡, mayormente lisa hacia la proximal. Varios segmentos de tejido, uno de ellos duro y blanquecino de 3,5 x 2,3 x 0,6 cms con un área granular y parda en su zona central.

Los otros son blandos con vesículas llenas de gas hasta de 2 cms de diámetro. crepitantes y miden entre 3 y 6 cms en su eje mayor. Un segmento de intestino delgado de 75 x 1,5 cm en cuya serosa hay múltiples vesículas llenas de gas de hasta 2 cm de diámetro.

Se procesaron, obteniendo 8 cortes para microscopio con H-E.

Informe microscópico: Pared duodenal con lisis. Sustitución por tejido de granulación e infiltración por leucocitos. Pared gástrica y píloro, con

notable engrosamiento muscular y aumento de tejido conectivo intersticial. Intestino delgado con espacios ópticamente vacíos, limitados por células planas o por macrófagos y células gigantes.

Diagnóstico:

- Segmento de duodeno con úlcera perforada y peritonitis aguda.

- Segmento de estómago con estenosis.

- Segmento de intestino delgado con neumatosis.

DISCUSIÓN

Este es un padecimiento en el que se acumulan numerosas bulas o quistes llenos de gas en la pared del intestino, localizándose más comúnmente en el ileón terminal, pero se ha descrito neumatosis quística intestinal desde el estómago hasta el recto. Los quistes con gas varían en tamaño desde disminutas burbujas hasta colecciones quísticas de 10 cm de diámetro (2,8).

El origen exacto del gas que existe en el interior de los quistes no se ha explicado, pero su composición es semejante a la del aire atmosférico, y se cree que en aquellos pacientes con enfermedad pulmonar crónica y tos severa sus alvéolos pueden romperse y el aire puede disecar retroperitonealmente y por la vía vascular pasar hacia la pared intestinal (2,4).

En el 85% de los casos, la neumatosis intestinal se asocia con otras lesiones del tracto gastrointestinal como úlcera péptica con estenosis pilórica, la enteropatía inflamatoria, la enterocolitis necrotizante y la colitis isquémica, lo cual concuerda con nuestro caso (2,4).

El resto de los casos pueden estar asociados a enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfermedades sistémicas como las enfermedades del tejido conectivo (escierodermia, lupus eritematoso sistémico con vasculitis intestinal) (1,4,9).

En nuestro caso presentamos el caso de un paciente que ingresó como ulcus péptico perforado, quién además presentaba gran compromiso del segmento de intestino delgado por neumatosis, por lo que se decidió además del tratamiento de su proceso agudo la resección del segmento inestinal comprometido, con excelente evolución postoperatoria, éste es el primer caso de esta patología que se presenta en el Hospital "Dr, Pastor Oropeza Riera" de Carora, y debido a que no se ha publicado ningún artículo a nivel nacional en los últimos 14 años, creemos conveniente presentarlo.

Van Leeuwen y Nossent en 1992 publicaron 2 casos de pseudo~obstrucción intestinal y neumoperitoneo a consecuencia de neumatosis intestinal en 2 pacientes femeninas con enfermedad mixta del tejido conectivo siendo su tratamiento conservador con alto fluido de oxígeno normobárico por máscara, obteniendo una resolución completa de los síntomas abdominales en ambos pacientes (9).

Cabrera, Scopeiitís y otros en 1994 reportaron un caso clínico de una paciente quién fue intervenida quirúrgicamente por abdomen agudo ameritando resección intestina¡, en el post- operatorio evolucionó torpidamente presentando cuadro clínico de artraigias generalizadas,

debilidad. fenómeno de Raynaud y rash cutáneo, diagnosticándose Lupus Eritematoso Sistémico asociado a vasculitis intestinal, pero en vista de persistir 2 meses después de la círugía el dolor abdominal, calambres y cuadros diarreícos, se le realiza Rx de abdomen visualizando formaciones quísticas en pared del colon. La paciente fue tratada con altas dosis de prednisona, encontrándose asintomática sin quejas abdominales v otros síntomas por- ttiás de 1 año (1).

También se ha reportado la neumatosis Cystoides Intestinal ldiopática (6).

Theegarten y Ruhi, en 1994 realizaron un estudio en base a 6 casos de Neumatosis Cystoides Intestinal, los cuales consideraron que ésta no es una enfermedad en sus propios derechos, pero si una complicación de mucha importancia, por lo que lograron hacer una subdivisión en 3 grupos basándose en las enfermedades asociadas, la morfología y la supuesta patogénesis. El grupo 1 incluye pacientes con neumatosis cystoides intestinal como una complicación de enfermedad pulmonar y estado intestinal inicialmente normal. Los pacientes del grupo 2 desarrollaron neumatosis secundaria generalizada,. y el grupo 3 desarrolló neumatosis como complicación de enfermedad primaria gastrointestinal, situando nuestro caso en este último grupo (6).

Los síntomas y Signos físicos no son específicos de la neumatosis, por lo que el tratamiento y el Pronóstico dependen del proceso subyacente,'y a veces resulta beneficioso la terapéutica con oxígeno como ya fue descrita anteriormente (2,4).

Por lo general no amerita tratamiento alguno. y los quistes pueden desaparecer espontáneamente o estar asintomáticos durante lapsos de tiempo prolongado; a menos que sobrevenga alguna de las raras complicaciones como el vólvulo inducido por quistes o el neumoperitoneo a tensión por rotura espontánea de los mismos (2).

Tap Van Duinen Y Otros en 1992 reportaron el caso de un paciente masculino de 66 años de edad. con cuadro clínico de pseudoobstrucción intestinal crónica idiopática, quién ingresó por presentar neumatosis cystoides intestinal complicada con neumoperitoneo, el cual fue tratado con Metronidazol obteniendo un efecto favorable. Según los autores éste es el primer caso reportado de un tratamiento eficaz de neumatosis cystoides intestinal con Metronidazol en pseudo-obstrucción crónica intestinal primaria (5).

El diagnóstico de neumatosis cystoides intestina¡ se realiza mediante examen radiológico, por rectosigmoidoscopia o en el curso de una laparotomía, siendo en un gran número de pacientes un hallazgo casual como en el caso reportado por nosotros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

l. Cabrera G E et al: Clinica rheumatology (Brussels) "Pneumatosis cystoides intestir,alis in systemic lupus erytematosus with intestinal vasculitis: Treatment with high dose prednisone", Volumen 13 N" 2. 312-316. 1994

2. Hardy J et al: Cirugía. "Neumatosis cystoides intestinal". Editorial Médica Panamericana. S.A. Impreso en Argentina. Junin 831. 772. Buenos Aires, 1985.

3- Kosioske A M: journal of pedíatric surgery (New York). "Indication for operation in necrotizing enterocolitis revisited". Vol, 39 N" 5 663-666. 1994.

4. Stein J H et al: Medicina Interna- "Enfermedades de¡ peritoneo, mesenterio y epíplón". 2da. Edición. Editorial CientíficoTécnica. Impreso en Cuba. Tomo l. Vol. l. 287-288. 1987

5. Tak P P et al: Digestive diseases and sciences (New York) "Pneumatosis cystoides intestinalis in intestinal pseudo-obstrucción. Resolution after therapy with metronidazole". Vol. 37. No 6. 949. 1992.

6. Theegarten D et al: Leber-Magen-Darm. "Pneumatosis cystoides intestinalis,. associated diseases, morphology and presumed pathogenesis". Vol. 24. N' 3. 123-124. 1994.

7. Thorn A et al: Medicina Interna Harrison. "Enfermedades del peritoneo, mesenterio y epiplón". 5ta. Edición en español. La Prensa Médica Mexicana. Tomo II. 1870 1979.

8. Tompolska-Kristensen A: Ugeskrift for laeger (copenhagen). "¿Air cysts in the smail intestine?. August. Vol. 155. N" 35. 27132714. 1993.

9. Van-Leeuwen J C et al,. Netheriands journal of medicine. "Pneumatosis intestinalis in mixed connective tissue disease". Vol. 40. NO 5-6. 299-304. 1992.