

## IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

# Neumoperitoneo con gas intramural en un segmento entérico

S. Pérez-Holanda, L. M. López-Negrete<sup>1</sup>, J. A. Fernández, M. Calleja, S. Tojo, P. Fernández, G. Urdiales, D. Martínez, J. Rodríguez, F. Fernández y D. Valverde

*Servicios de Cirugía General y de Radiodiagnóstico. Hospital Valle del Nalón. Langreo, Asturias*

## INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de neumoperitoneo con gas intramural en un segmento entérico, de etiología incierta, con resolución espontánea sin tratamiento quirúrgico, donde las imágenes de la tomografía computerizada fueron determinantes en la decisión de la actitud terapéutica.

## CASO CLÍNICO

Varón de 83 años, con antecedentes de neoplasia de próstata tratada con radioterapia, proctitis rádica actualmente asintomática sin tratamiento, hernia de hiato y ulcus gastroduodenal asintomático en tratamiento de mantenimiento con omeprazol 20 mg/24 h, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumoconiosis sin tratamiento, tras 40 de evolución.

Acudió al servicio de urgencias presentando dolor en hemitórax izquierdo de 24 horas de evolución, continuo, sordo y no pleurítico. Conservaba el apetito, la tolerancia oral y el hábito intestinal diario. No refirió traumatismos previos ni cirugías o estudios invasivos previos. Mantenía un buen estado general, se encontraba apirético y hemodinámicamente estable. Presentó una exploración neurológica, cardiológica y abdominal normales; no se encontraron adenopatías. Se auscultó algún roncus pulmonar aislado bilateral. El electrocardiograma, el hemograma, la fórmula leucocitaria, el estudio de coagulación, la glucemia, el ionograma, las troponinas seriadas y las pruebas de función renal y hepática resultaron normales.

La radiografía simple de tórax mostró un patrón retículo-nodular basal bilateral. La radiografía de abdomen mostró neumoperitoneo bilateral, con un segmento de intestino delgado en mesogastrio rectificado en ausencia de obstrucción intestinal.

Se practicó tomografía axial computerizada (TAC) tóraco-abdominal de urgencia, que reveló un segmento de intestino delgado con una disección de su pared por gas intramural, presencia de gas en los vasos mesentéricos subsidiarios y la vena porta, y neumoperitoneo bilateral (Fig. 1).

## COMENTARIOS

La presencia de gas intramural sin solución de continuidad de la serosa y localizada en un único segmento de intestino delgado resultó característica para orientar el diagnóstico radiológico hacia una neumatosis intestinal (NI). Sus antecedentes personales nos hablaban de varios procesos que se han descrito como asociados a la NI,



Fig. 1.

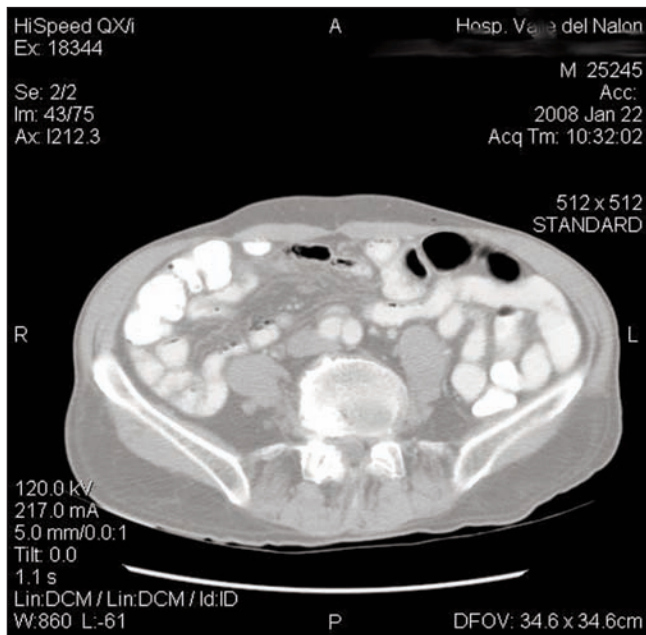


Fig. 2.

etiología en nuestro caso: ni la teoría pulmonar, ni la de necrosis intestinal, ni la de la inmunosupresión, ni la traumática ni la inflamatoria ni la nutricional ni la neoplásica ni la química ni la exógena (5).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Feczko PJ, Mezwa DG, Farah MC, White BD. Clinical significance of pneumatosis of the bowel wall. *Radiographics* 1992; 12: 1069-78.
2. Socas Macías M, Ibáñez Delgado F, Álamo Martín JM, Cruz Villalba C, Alcántara Gijón F, Hernández de la Torre JM. Neumatosis intestinal masiva asociada a nutrición enteral por catéter de yeyunostomía. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97 (7): 539-40.
3. Peloponissios N, Halkic N, Pugnale M, Jornod P, Nordback P, Meyer A, et al. Hepatic portal gas in adults. *Arch Surg* 2003; 138: 1367-70.
4. Wood BJ, Kumar PN, Cooper C, Silverman PM, Zeman RK. Pneumatosis intestinalis in adults with AIDS: clinical significance and imaging findings. *AJR* 1995; 165: 1387-90.
5. Pear BL. Pneumatosis intestinalis: a review. *Radiology* 1998; 207 (1): 13-9.

como son: la neumoconiosis, el ulcus gastroduodenal y la proctitis (1). La ausencia de exploraciones invasivas o intervenciones (2) descartaba otras etiologías también descritas como asociadas a esta entidad. Tomando el paciente en su conjunto, se optó por una actitud conservadora para valorar la evolución, pautando tratamiento sintomático y reposo digestivo.

Se apreció una progresiva normalización clínica, practicándose una TAC de control al cabo de 6 días. Su evolución clínica junto con la disminución significativa y espontánea del neumoperitoneo, así como la desaparición casi completa del gas intramural (Fig. 2) y la desaparición completa del gas intraportal (3) en la TAC de control nos permitió predecir el pronóstico banal del cuadro clínico del paciente.

El paciente fue dado de alta a los 13 días de su ingreso, con remisión de su sintomatología de ingreso, sin haber apreciado complicaciones del proceso de base ni otros procesos intercurrentes. Se descartaron el inmunocompromiso y la infección por VIH (4), los coprocultivos fueron negativos y el tránsito intestinal descartó alteraciones a nivel entérico. Sin embargo, en estas condiciones ninguna de las teorías fisiopatológicas actuales que intentan explicar la NI pudieron ciertamente explicar la