

## Cartas al Editor

### Neumatosis gastrointestinal masiva en paciente celiaco diagnosticado de síndrome de la arteria mesentérica superior

*Palabras clave: Neumatosis intestinal. Enfermedad celiaca. Síndrome de la arteria mesentérica superior.*

*Sr. Editor:*

Presentamos el caso de un varón de 55 años que acudió a urgencias por vómitos de dos semanas de evolución tras ingesta de sólidos y líquidos. En las últimas 24 horas el cuadro había empeorado asociando deterioro del estado general y distensión abdominal. El paciente estaba diagnosticado de síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) y presentaba episodios de vómitos esporádicos de larga evolución. También diagnosticado de enfermedad celiaca (EC), refiriendo buena cumplimentación dietética. Se le administraba beclometasona por coxartrosis.

A la exploración presentaba el abdomen distendido, pero no doloroso ni con signos de peritonismo. En la analítica sólo destacaba elevación de PCR (45 mg/dL) y una leve alcalosis metabólica. Se solicitó una radiografía abdominal, que mostró neumatosis gástrica e intestinal con dilatación de asas. La tomografía computarizada (TC) abdominal realizada a continuación para descartar una isquemia intestinal mostró neumatosis gástrica y de la totalidad del intestino delgado, con importante retroneumoperitoneo. La aorta y los troncos mesentéricos eran permeables.

Se instauró sondaje nasogástrico (SNG), que obtuvo un litro de líquido biliar, y dada la estabilidad clínica y los hallazgos en la exploración el paciente ingresó para observación con dieta absoluta, fluidoterapia intravenosa y antibioterapia profiláctica.

Tras el sondaje el paciente experimentó mejoría progresiva de los síntomas, que fue paulatina a lo largo de los días. La SNG fue improductiva a los 3 días, el 6º el paciente inició tolerancia oral satisfactoriamente y fue dado de alta tras 9 días de ingreso.

#### Discusión

La neumatosis intestinal (NI) es un hallazgo radiológico que representa la presencia de gas en la pared del intestino, independientemente de la causa o localización (1). Mientras que su desarrollo en pacientes con EC es excepcional, su aparición en pacientes con SAMS no ha sido descrita anteriormente (2). La NI tiene un origen multifactorial, los mecanismos relacionados han sido la necrosis intestinal y la existencia de una mucosa intestinal lesionada o con permeabilidad aumentada al gas (bacteriano, intraluminal o pulmonar) (3-5).

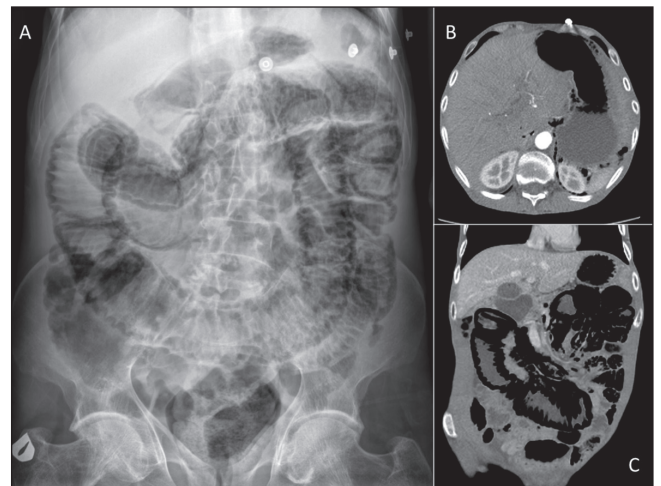


Fig. 1. A. Radiografía simple de abdomen mostrando dilatación y neumatosis de intestino delgado y estómago. B-C. TC abdominal mostrando retroneumoperitoneo y neumatosis gástrica (B) e intestinal (C).

Pese a existir más de 60 entidades benignas relacionadas, la necrosis intestinal es la más común y la que presenta peor pronóstico, pero suele presentarse clínicamente como un abdomen agudo (5). Sin embargo, las causas benignas suelen acompañarse de escasos (o nulos) síntomas abdominales, sin signos de sepsis, y no presentando más hallazgos en TC que la neumatosis (4).

En pacientes con EC, la ingesta de gluten o la administración de antiinflamatorios se han relacionado con el desarrollo de NI (2). Nuestro paciente tomaba antiinflamatorios, pero refería buena cumplimentación dietética. Sin embargo, el síntoma predominante del episodio (vómitos) estaba relacionado con el SAMS, por lo que su implicación no puede ser descartada. La afectación inusual del estómago y la presencia de retroneumoperitoneo (similar a algunas perforaciones duodenales) también apoyarían este teórico origen.

Tras el diagnóstico de NI, el abordaje de la causa subyacente, de existir, es la base del tratamiento. En pacientes que no reciben tratamiento quirúrgico, la presencia de enfermedad hepática y la sepsis aumentan la mortalidad (6). No obstante, como hemos visto en el caso presentado, una neumatosis gastrointestinal masiva puede ser tratada de forma conservadora satisfactoriamente. El tratamiento quirúrgico en estos pacientes debe evitarse salvo aparición de peritonismo o signos de sepsis.

Aleix Martínez-Pérez, Ramón Trullenque-Juan,  
Sandra Santarrufina-Martínez y Ernesto Armañanzas-Villena

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia*

### **Bibliografía**

1. Lassandro F, Valente T, Rea G, et al. Imaging assessment and clinical significance of pneumatosis in adult patients. *Radiol Med* 2015;120:96-104. DOI: 10.1007/s11547-014-0461-5
2. Nathan H, Singhal S, Cameron JL. Benign pneumatosis intestinalis in the setting of celiac disease. *J Gastrointest Surg* 2006;10:890-4. DOI: 10.1016/j.gassur.2005.11.004
3. Pear BL. Pneumatosis intestinalis: A review. *Radiology* 1998;207:13-9. DOI: 10.1148/radiology.207.1.9530294
4. Khalil PN, Huber-Wagner S, Ladurner R, et al. Natural history, clinical pattern, and surgical considerations of pneumatosis intestinalis. *Eur J Med Res* 2009;14:231-9. DOI: 10.1186/2047-783X-14-6-231
5. St. Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The spectrum of pneumatosis intestinalis. *Arch Surg* 2003;138:68-75. DOI: 10.1001/archsurg.138.1.68
6. Greenstein AJ, Nguyen SQ, Berlin A, et al. Pneumatosis intestinalis in adults: Management, surgical indications, and risk factors for mortality. *J Gastrointest Surg* 2007;11:1268-74. DOI: 10.1007/s11605-007-0241-9