

Cartas al Director

Neumatosis intestinal masiva asociada a nutrición enteral por catéter de yeyunostomía

Palabras clave: Neumatosis intestinal. Nutrición enteral. Catéter de yeyunostomía.

Key words: Pneumatosis intestinalis. Enteral nutrition. Needle catheter jejunostomy.

Sr. Director:

En la cirugía neoplásica del tracto digestivo superior, la nutrición enteral a través de un catéter de yeyunostomía, tiene cada vez mayor indicación (1,2), dado que puede nutrirse al paciente precozmente, evitando los problemas de la nutrición parenteral. La neumatosis intestinal (NI) hace referencia a la presencia de gas dentro de la pared del intestino delgado o grueso. Es una rara complicación de la nutrición enteral (NE) asociada a catéter de yeyunostomía (3), con una incidencia difícil de establecer ya que muchos pacientes permanecen asintomáticos. De un total de 160 pacientes consecutivos intervenidos en nuestra unidad, a los que colocamos de forma sistemática un catéter de yeyunostomía para NE, únicamente se ha presentado un caso de NI masiva.

Presentamos un caso de neumatosis intestinal masiva, asociada a nutrición enteral y catéter de yeyunostomía, en un paciente varón de 61 años con cáncer de cardias (estadio IIa de la UICC), sometido a esofagogastrectomía con gastroplastía intratorácica, linfadenectomía, esplenectomía y colocación de catéter de yeyunostomía a 40 cm del ángulo de Treitz; con instauración de NE al segundo día del postoperatorio. A los doce días se comprueba fuga de la anastomosis en estudio baritado, motivo por el que es reintervenido, practicándose una laparotomía con limpieza-drenaje mediastínico y subfrénico izquierdo. Se reinicia la NE por el catéter al segundo día de la reintervención. Al cuarto día comienza con un cuadro de diarreas (6-

8/día) y progresiva distensión abdominal indolora. Se instaura tratamiento antibiótico i.v. (imipenem + amikacina), con estudio en heces de toxina de *Clostridium difficile* negativo. Parámetros analíticos dentro de la normalidad; Rx de tórax y abdomen (Fig. 1) muestran gran neumoperitoneo, con derrame pleural izquierdo, tatuaje de bario residual, e imagen compatible con gran neumatosis de intestino delgado. Se solicita una TAC, que confirma la neumatosis, descartando otras posibles causas y complicaciones. Ante la ausencia de abdomen agudo y signos de sepsis y el buen estado general del paciente, se decide continuar con el tratamiento antibiótico y suspender la NE por el catéter de yeyunostomía. La sintomatología cede progresivamente, con normalización radiológica cinco días después. Se realiza un control con gastrografía a través del catéter de yeyunostomía, mostrando normalidad de las asas intestinales, así como correcta colocación del catéter. Se reinstaura nuevamente la NE, siguiéndose de evolución favorable.



Fig 1. Tatuaje de bario intraabdominal y gran neumatosis de intestino delgado.

Se han propuesto diversas teorías para intentar explicar la patogenia de la NI, siendo lo más probable un origen multifactorial (4). En nuestro caso, creemos que la génesis estaría en la relación con una o varias efracciones de la mucosa por el catéter, asociada a la NE administrada, que habría favorecido el sobrecrecimiento bacteriano y el aumento de la presión parcial de H₂, CO₂ e incluso metano en la luz intestinal, y su difusión hasta la submucosa-serosa.

Muchos pacientes que presentan una NI pequeña permanecen asintomáticos, pero cuando la NI es masiva y afecta al intestino delgado, se manifiesta con distensión abdominal, diarreas abundantes y moderado dolor abdominal, sin signos de peritonismo si no hay complicaciones añadidas (5).

El diagnóstico puede realizarse por diferentes estudios de imagen (6), Rx simple de abdomen, estudios de contraste, TAC, ECO, RM y colonoscopia, pero es sin duda la Rx simple de abdomen la exploración más rentable, ya que puede demostrar la NI en más de un 75% de los pacientes; la TAC es más sensible que la Rx simple, y al mismo tiempo puede sugerir la causa de la neumatosis y descartar otras patologías y complicaciones.

En cuanto al tratamiento (6), la decisión más importante radica en seguir un tratamiento conservador (con supresión de la NE y administración de antibióticos i.v.) si no existen causas que amenacen la vida del paciente; o practicar una laparotomía exploradora, indicado en caso de que existan sospechas de necrosis o perforación intestinal. La existencia de neumoperitoneo en el contexto de una NI puede ser vigilado, si no hay otros datos que sugieran un abdomen agudo. Los quistes de gas intra-

mural, generalmente se resuelven de forma espontánea con el tiempo.

M. Socas Macías, F. Ibáñez Delgado, J. M. Álamo Martín,
C. Cruz Villalba, F. Alcántara Gijón y J. M. Hernández de la
Torre

*Servicio de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen
del Rocío. Hospital General. Sevilla*

Bibliografía

1. Gramatica L Jr, Mercado Luna A, Bono D, Badra R, Veraday G. Jejunostomy for enteral feeding in surgery. Technical contribution and experience. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2001; 58 (1): 87-92.
2. Sarr MG. Appropriate use, complications and advantages demonstrated in 500 consecutive needle catheter jejunostomies. *Br J Surg* 1999; 86 (4): 557-61.
3. Smith CD, Sarr MG. Clinically significant pneumatosis intestinalis with postoperative enteral feeding by needle catheter jejunostomy: an unusual complication. *J Parenter Enteral Nutr* 1991; 15 (3) 328-32.
4. Pieters AS, Leong AS, Rowland R. The mucosal changes and pathogenesis of pneumatosis cystoides intestinalis. *Hum Pathol* 1985; 16: 683-6.
5. Jamart J. Pneumatosis cystoides intestinalis. A statistical study of 919 cases. *Acta Hepatogastroenterol (Stuttg)* 1979; 26: 419-24.
6. Thomas L, Cohen AJ, Omiya B, McKenzie R, Tominaga G. Pneumatosis intestinalis associated with needle catheter jejunostomy tubes: CT findings and implications. *J Comput Assist Tomogr* 1992; 16 (3): 418-9.