

Neumatosis quística intestinal

P. A. Rivera Vaquerizo, A. Caramuto Martins, M. A. Lorente García¹, M. Blasco Colmenarejo y R. Pérez Flores

Servicio de Aparato Digestivo y ¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete

Mujer de 51 años sin antecedentes de interés que consulta por estreñimiento de un año de evolución con sensación de distensión abdominal y tenesmo rectal en los últimos 3 días. A la exploración sólo destaca la presencia de dolor en epigastrio y en fosa iliaca izquierda sin defensa ni peritonismo. Se solicita analítica completa que es normal, incluyendo hormonas tiroideas. En la gastroscopia se observa la presencia de una pequeña hernia hiatal no complicada y una duodenitis erosiva con presencia de *Helicobacter pylori*, que fue tratada con tratamiento erradicador habitual. En la colonoscopia (hasta íleon) se detectan 2 pólipos en colon ascendente y 4 pólipos en sigma, todos ellos de pequeño tamaño, que se tratan con argón. En colon descendente se observan varias áreas sobreelevadas de tamaños variable revestidas de mucosa normal que se colapsan tras punción con aguja de esclerosis y aspiración, sugestivas de tratarse de neumatosis de colon (Figs. 1 y 2).

La neumatosis quística intestinal (NQI) se define como la presencia de quistes llenos de gas localizados en la submucosa y la serosa del intestino delgado o grueso. La primera descripción la realizó Du Vernoin como una observación *postmortem* (1).

Es una enfermedad rara y de etiología incierta. En 1974 Shallal y cols. recogieron 410 casos comunicados en la literatura (2). Por razones desconocidas es más frecuente en varones de entre 30 y 50 años y el gas de los quistes puede permanecer durante largos periodos de tiempo.

Se han propuesto tres teorías (3) para explicar la patogenia de la NQI: *la mecánica*, por la cual el gas, procedente tanto de la luz intestinal como de la serosa, disecciona la mucosa intestinal; *la teoría bacteriana*, según la cual el gas formado por las bacterias accede a la submucosa a través de pequeñas erosiones de esta, y por último, *la bioquímica*, que propone que las bacterias de la luz intestinal producen cantidades de gas hidrógeno a partir de la fermentación de los hidratos de carbono.

En muchos pacientes la NQI es un hallazgo casual. Cuando hay síntomas los más frecuentes son: diarrea, secreción de moco, sangrado rectal, estreñimiento, dolor y distensión abdominal. La NQI del intestino delgado puede complicarse con íleo, invaginación, vólvulo y obstrucción parcial o completa (1).

El diagnóstico puede realizarse con Rx simple de abdomen, enema opaco, TAC, ECO, RMN y colonoscopia, aunque la Rx de abdomen es la exploración más rentable (4).

Los pacientes asintomáticos no requieren tratamiento específico. Los pacientes sintomáticos pueden ser tratados con flujos altos de oxígeno durante varios días, habiéndose comunicado la resolución completa del cuadro (5). También se ha descrito respuesta al tratamiento con metronidazol (3), lo cual sugiere la implicación de las bacterias anaerobias en este cuadro. En algunos casos puede ser necesario el tratamiento quirúrgico (1,4).