



P-153 - NEUMATOSIS CISTOIDE INTESTINAL EN TRATAMIENTO CONSERVADOR. SERIE DE TRES CASOS

Gorini, Ludovica; García Amador, Cristina; González Sierra, Begoña; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Picardo Gomendio, María Dolores; Arteaga Peralta, Vladimir; Medina Velasco, Aníbal Armando; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La neumatosis cistoide intestinal (NCI) se caracteriza por quistes aéreos subserosos, mucosos o submucosos en la pared intestinal, cuya ruptura puede generar neumoperitoneo o perforación intestinal, si abarcan todo su espesor. Es frecuentemente asintomática, y por lo tanto infradiagnosticada. Tiene una patogenia multifactorial y una etiología idiopática en un 15% de los casos; el 85% restante se debe a causas secundarias. A continuación, se exponen tres casos de NCI de origen idiopático, tratados de manera conservadora.

Casos clínicos: Caso 1. Varón de 74 años con antecedentes familiares de NCI (hijo, incluido en esta serie), intervenido de funduplicatura Floppy-Nissen con devolvulación gástrica y gastropexia por hernia hiatal tipo 3, con volvulación gástrica. Posteriormente, presenta tres cuadros suboclusivos a nivel de íleon, con hallazgo asociado en una tomografía computarizada (TC) de neumoperitoneo, de predominio en hemiabdomen superior y gas loculado en hipocondrio derecho, adyacente a la pared de asas de intestino delgado y asociado a gas libre, compatible con NCI y síndrome de Chilaiditi. En concomitancia con el segundo episodio, se objetivó trombosis de vena mesentérica inferior como hallazgo casual, tratada con anticoagulación. Posteriormente, es intervenido por hernia inguinal izquierda incarcerada con hernia crural asociada, realizándose hernioplastia tipo Nyhus con resección intestinal por isquemia. Los hallazgos de NCI se mantuvieron estables en TC sucesivas y el paciente no presentó clínica asociada, por lo que se decidió observación clínica. En la gastroscopia y colonoscopia ambulatorias no se objetivaron hallazgos significativos. Caso 2. Varón de 45 años con antecedentes de resección de fundus y cuerpo gástrico con funduplicatura Floppy-Nissen por hernia hiatal tipo 4 estrangulada con gangrena y perforación gástrica. Asoció suboclusión intestinal posoperatoria con hallazgo en la TC de neumoperitoneo en hipocondrio derecho en proximidad de tercio medio de íleon, donde se evidencian además burbujas aéreas intramurales, compatible con NCI y síndrome de Chilaiditi. Una vez resuelta la suboclusión, se mantuvo asintomático desde el punto de vista abdominal, y se decidió observación de la NCI. Se realizó de manera ambulatoria gastroscopia, colonoscopia y cápsula endoscópica y no se objetivaron hallazgos patológicos. Caso 3. Varón de 83 años que presentó episodio suboclusivo intestinal por vólvulo gástrico crónico con hernia hiatal asociada, del cual el paciente declinó el tratamiento quirúrgico. En ingreso por neumonía aspirativa, se realiza TC, que describe abundante cantidad de neumoperitoneo, con mayor acumulo de burbujas de gas ectópicas en hipocondrio izquierdo próximas a cámara gástrica y colon

izquierdo, compatible con NCI. Dado que el paciente permaneció en todo momento asintomático en relación a los hallazgos de neumoperitoneo, se decidió observación.

Discusión: El tratamiento no emergente de la NCI idiopática depende de los síntomas, incluyendo oxigenoterapia hiperbárica, antibioterapia y medidas dietéticas entre las opciones terapéuticas. En pacientes asintomáticos no requiere tratamiento, ya que el gas intramural y el neumoperitoneo habitualmente tienen resolución espontánea. La necesidad de tratamiento quirúrgico se observa solo en casos emergentes, con signos de peritonitis, repercusión sistémica o gas portal, o en casos sintomáticos refractarios a tratamiento conservador.