

<b>Caso</b>	(232) Neumatosis colónica ¿dato de alarma?
<b>Autores</b>	Andrés Abellán Albert, Sergio Díaz Plaza, Cristina Casado Pérez, Alfonso Escobar Villalba
<b>Centro</b>	Hospital Universitario 12 De Octubre

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años con antecedentes de dependencia de alcohol, cocaína y heroína en remisión completa y abuso de sedantes y ansiolíticos en la actualidad. Acude al servicio de urgencias por dolor en hemiabdomen inferior, flanco derecho y en MII, además de un cuadro diarreico de 3 semanas de evolución sin asociar productos patológicos. Analíticamente destaca una leucocitosis y alteraciones del perfil hepático con patrón citolítico. Durante la estancia en urgencias la paciente sufre un deterioro hemodinámico con tensiones de hasta 80/40 mmHg y ácido láctico de 17. Se solicita TC abdominopélvico con CIV en fase venosa portal para mejor caracterización del dolor abdominal y posible causante del shock.

-Hallazgos radiológicos:

En todo el marco cólico se observan múltiples colecciones de gas intramurales paralelas a la pared de morfología quística. Asocia leve cuantía de burbujas de neumoperitoneo a nivel inframesocolico, agrupadas en sigma/colon descendente sin idénticarse un claro punto de perforación.

No existe engrosamiento mural, afectación de la grasa mesocolica ni líquido libre en pelvis. Marco cólico y asas de delgado sin signos de obstrucción.

Los ejes vasculares están permeables y no existe gas portomesentérico.

## DISCUSIÓN

La neumatosis intestinal consiste en la presencia de gas en la pared intestinal (en el espesor de la submucosa y subserosa) que se puede encontrar en cualquier segmento del tracto digestivo. Es un hallazgo radiológico y no un diagnóstico, pudiendo deberse a múltiples causas como obstrucción, enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia o infarto, diabetes, diverticulitis, enfermedades vasculares del colágeno, neoplasias, patología pulmonar (EPOC, asma), tratamiento con quimioterapia, entre otras. Ante este hallazgo tan inespecífico, lo más importante como radiólogos, es descartar isquemia intestinal.

El mecanismo etiopatogénico por el cual el aire penetra en el espesor de la pared intestinal no se conoce claramente, se piensa que puede ser gas procedente de la luz gastrointestinal, gas de origen bacteriano o pulmonar.

La principal prueba diagnóstica que caracteriza la neumatosis intestinal es el TC, en la cual nos permite ver las colecciones de gas intramurales paralelas a la pared tanto en porción declive como antideclive.

Los hallazgos que debemos buscar y describir en nuestro informe cuando nos enfrentamos a una neumatosis intestinal son:

-La morfología de la colecciones intramurales: quística, lineal y circular, siendo las dos ultimas las que clásicamente se asocian a patología con mayor mortalidad.

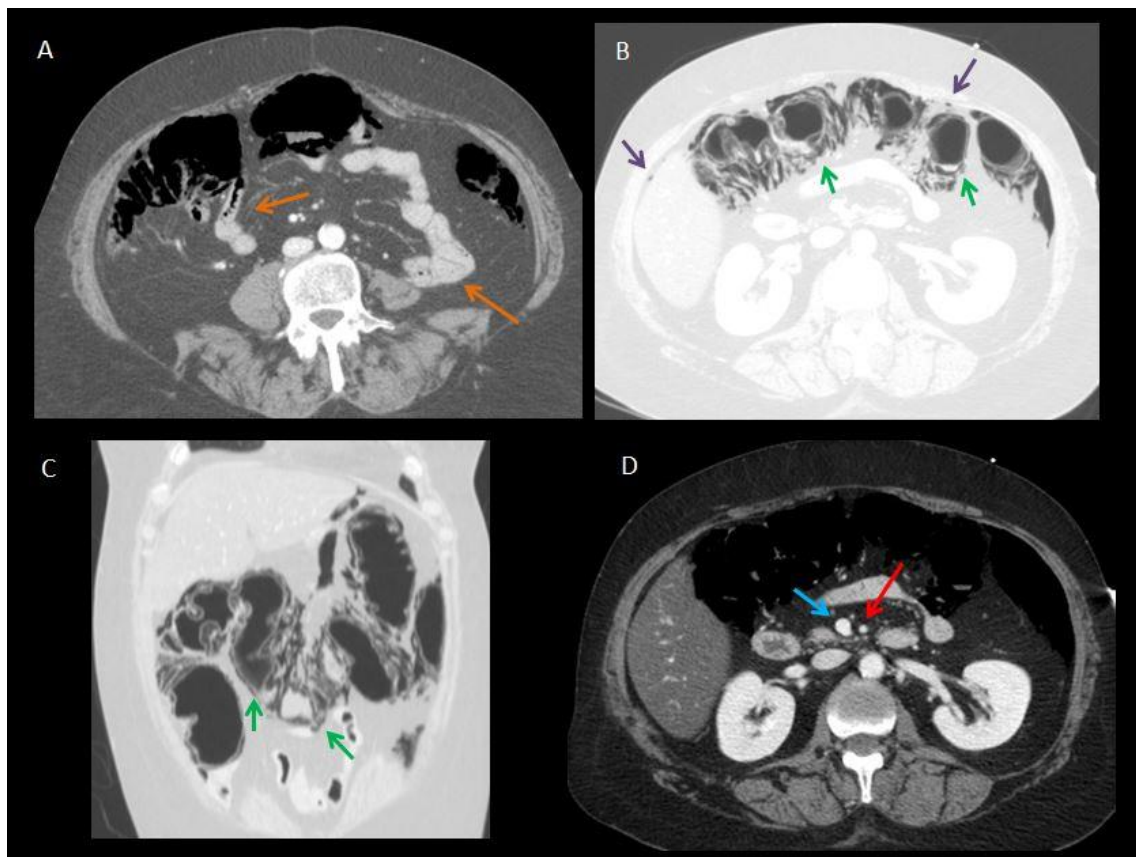
-Localización y extensión: colon, asas de delgado, estomago.

-Presencia de neumoperitoneo asociado: tanto a nivel intraperitoneal o en el espacio subperitoneal.

-Buscar hallazgos sugestivos e isquemia intestinal: gas portomesenterico, trombosis arterial o venosa, engrosamiento mural, aumento o ausencia de realce mucoso, dilatación de asas, estriación de la grasa mesenterica, ascitis e infarto de vísceras solidas.

## CONCLUSIÓN

La neumatosis intestinal es un hallazgo radiológico inespecífico el cual podemos encontrar tanto en pacientes críticos como en asintomáticos. Lo mas importante ante este hallazgos es buscar los signos de isquemia intestinal tales como gas portomesenterico, trombosis arterial o venosa, engrosamiento mural, ascitis entre otros.



*A) TC abdominopélvico con CIV en fase venosa portal en el que se observa una extensa neumatosis colónica con asas de íleon (flechas naranjas) de calibre y captación de contraste normal. No existe afectación de la grasa pericolonica ni ascitis. TC axial (B) y coronal (C) en ventana de pulmon en el que se identifican pequeñas burbujas de neumoperitoneo (flechas morada) y la extensas colecciones aéreas cilíndricas intramurales en áreas declives y antideclives (flechas verdes) en todo el marco cólico. D) TC axial con CIV en el que se observa permeabilidad de la vena y arteria mesentérica superior (flecha azul y roja respectivamente).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. M. Ho Lisa, K. Paulson Erik, M. Thompson William. Pneumatosis Intestinalis in the Adult: Benign to Life-Threatening Causes. AJR 2007; 188:1604-16132. Feczko, Duane G. Mezwa, Michael C. Farab, Brian D. White. Clinical significance of Pneumatosis of the Bowel Wall. RadioGraphics 1992; 12:1069-1078
3. A. Selfa- Muñoz, R.P. López-Segura, P. Martínez-Tirado, A. Palacios-Pérez, F.J. Salmerón-Escobar. Causa infrecuente de dolor abdominal: neumatosis intestinal. RAPD Online Vol. 34. Núm. 2. marzo-abril 2011
4. Hanna P, Kassir R, Tarek D, Bassile B, Saint-Eve P, et al. (2016) Pneumatosis cystoides intestinalis presenting as bowel perforation, a rare entity. Int J Surg Case Rep 20: 7-9