

NEUMATOSIS QUISTICA DE COLON

Dr. A. Jorge
Dr. J. Lorenzo

RESUMEN

Los autores reportan un caso de una mujer que padece neumatosis quística del colon derecho. Es operada con buena evolución.

Realizan breves consideraciones sobre la etiopatogenia de esta enfermedad, clínica y tratamiento de la misma.

SUMMARY

The authors describe a patient suffering from pneumatosis cystoides intestinalis of the right colon. The patient was operated on and had an uneventful recovery. The authors discuss briefly the ethiology as well as the clinical manifestations and treatment of this disease.

INTRODUCCION

La neumatosis quística intestinal es una afección poco frecuente.

Una revisión efectuada en 1963 encuentra 709 casos publicados en el mundo.²

El motivo de este trabajo es presentar un caso de neumatosis quística de colon estudiado por nosotros.

CASO REPORTADO

M. M., mujer de 65 años, soltera.

Antecedentes personales de interés: fiebre tifoidea a los 19 años y difteria a los 20 años.

Nunca ha sido operada, ni ha sufrido traumatismos. En los últimos años, broncopatías agudas a repetición en época invernal.

Antecedentes de enfermedad actual

Desde hace 3 años aproximadamente refiere crisis periódicas de epigastralgias que suelen acompañarse de vómitos alimentarios y que al cabo de 2 ó 3 días ceden espontáneamente. Estos cuadros alternan con períodos asintomáticos.

Hace 3 meses aparecen nuevas crisis de dolor epigástrico, más intensas que las anteriores, vómitos y distensión abdominal.

Hay dificultad para la eliminación de gases.

Fue medicada con sueros y antiespasmódicos y los síntomas cedieron.

En los últimos 2 meses la paciente ha disminuido 7 kg de peso.

Con estos antecedentes concurre a nuestra consulta en mayo de 1980.

Al examen físico: buen estado general, lúcida, afebril.

Sus aparatos respiratorio y cardiovascular no presentan alteraciones.

Abdomen blando, depresible. No se palpan hígado ni bazo. La palpación profunda del flanco derecho es discretamente dolorosa.

El resto del examen físico es normal.

El perfil analítico de rutina es normal, como así también el hepatograma y proteinograma por electroforesis.

El estudio radiológico de vesícula y vías biliares: normal. El de estómago y duodeno: sólo muestra una pequeña hernia del hiato por deslizamiento sin reflujo G. E.

Rx de colon: colon permeable en su totalidad. Espástico. Dolico colon. Divertículos en descendentes y sigmoides.

En ciego y colon ascendente se observan múltiples imágenes de falta de relleno, de contornos muy nítidos y bien delimitados entre sí, algunos sobrepasando el contorno colónico. A la compresión el colon es móvil y desplazable (figs. 1 y 2).

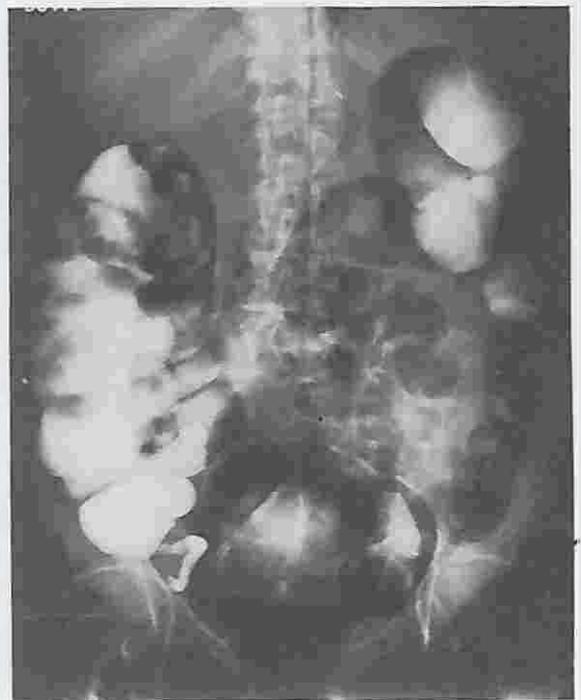


Figura 1. Rx de colon por enema. En ciego y ascendente se observan numerosos quistes de densidad aérea, algunos sobrepasando los límites colónicos.



Figura 2. Rx de ciego; mostrando en detalle los quistes aéreos.

Diagnóstico:

Neumatosis quística de colon.

Se inicia tratamiento en base a antibióticos y oxigenoterapia, de 1 mes de duración.

Finalizado el mismo hay persistencia de los síntomas y el control radiológico de colon no presenta variaciones.

El día 5/6/80 es operada.

Abierto el abdomen se constata en ciego y colon ascendente gran cantidad de quistes transparentes de distintos tamaños, subserosos. También se visualizan algunos en mesenterio y peritoneo parietal.

La semiología quirúrgica del resto del colon, intestino delgado y estómago es negativa.

Se efectúa colectomía derecha y anastomosis del íleon terminal a colon transverso. Drenajes y cierre por planos.

La evolución posoperatoria es normal.

Al tercer día hay ruidos hidroaéreos y eliminación de gases.

Es tratada con soluciones parenterales, antibióticos y analgésicos.

A los 12 días de la operación es dada de alta en buenas condiciones. La pieza operatoria muestra el aspecto descrito en su parte externa (fig. 3), y una

vez abierta también se observan gran cantidad de quistes que al punzarlos se comprueba que contienen aire (fig. 4).

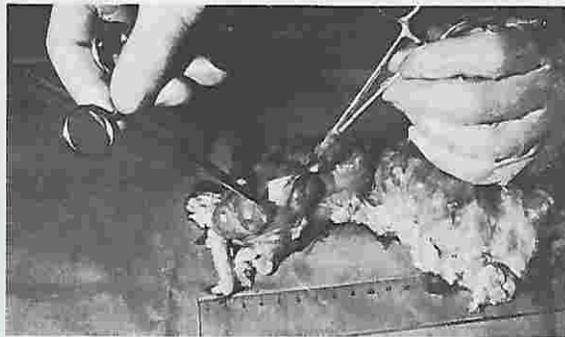


Figura 3. Pieza operatoria (ciego y colon ascendente) vista por su cara externa. Numerosos quistes aéreos subserosos, uno de los cuales se muestra abierto.



Figura 4. Pieza operatoria abierta mostrando su cara interna. Numerosos quistes aéreos submucosos.

Anatomía patológica*

Se observan en el colon numerosos quistes de contenido aéreo cuyas paredes están formadas por células endoteliales con algunas células gigantes que forman áreas granulomatosas (fig. 5).

Al mes de su operación la paciente está asintomática y se efectúa Rx de colon por enema que demuestra excelente funcionamiento de la anastomosis y ausencia radiológica de quistes (fig. 6).

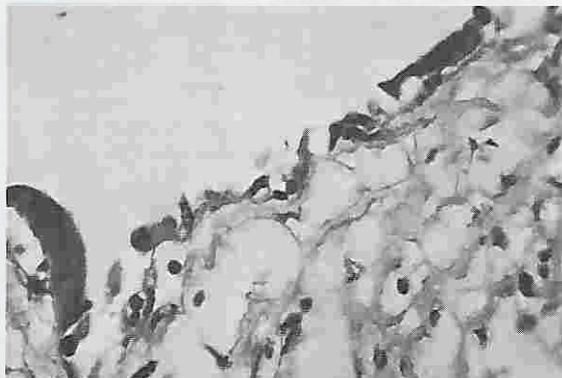


Figura 5. Corte histológico de la pared de un quiste (Dr. Juan M. de Rosas) formada por células endoteliales con algunas células gigantes.

* Efectuada por los Dres. Juan M. de Rosas e Igor Kovalenko.

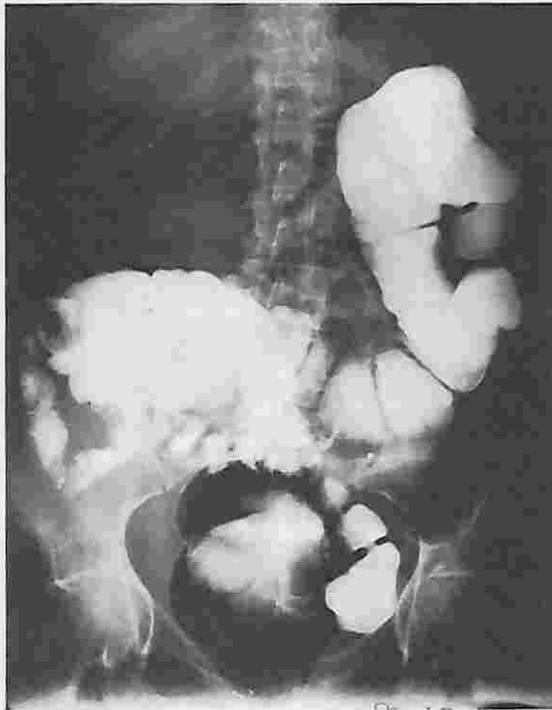


Figura 6. Rx de colon por enema. Control radiológico posoperatorio que muestra buen funcionamiento de la anastomosis ileo-transverso. Ausencia de quistes aéreos.

DISCUSION

La neumatosi quística intestinal es una afección poco frecuente.

Koss, en 1952, por primera vez hace una revisión de la literatura mundial encontrando 213 casos publicados.⁽¹⁾

En 1963, Domini encuentra 709 casos publicados en el mundo.⁽²⁾

Posteriormente aparecen publicaciones aisladas.

En la década de 1959-1969,⁽³⁾ Stone, Webb, Kovalchik encuentran 18 casos publicados en niños. La mayor incidencia está entre los 40 y 60 años.

Predomina en el hombre en una relación de 3,5 a 1 con referencia a la mujer.

Etiopatogenia:

Hay muchas teorías al respecto sin que ninguna de ellas explique totalmente el mecanismo de la neumatoquístosis.

Se han mencionado:

- Factores carenciales (vitamina B).⁽⁴⁾
- Factores medicamentosos (corticoides).⁽⁵⁾
- Congénitas.⁽⁶⁾

BIBLIOGRAFIA

- Koss, L. G.: "Abdominal gas cysts (Pneumatosis cystoides intestinorum hominis), analysis with report of case and critical review of literature". Arch. Path., 53:523-549, 1952.
- Domini, R.; Motoese, A.; Lazzaro, O., y Descovich, P.: "Il gauchio anato-mo-clinica della pneumatosi cistica del craso nell'età adulta e infantile". Arch. Ital. Anat. Islol. Path., 37:429-452, 1963.
- Stone, H. H.; Webb, H. W., y Kovalchik, M. T.: "Pneumatosis intestinalis of infancy". Surg. Gynecol. and Obst., 110:806-812, 1970.
- Eveleth, D. F., y Bestor, H. E.: "Further studies on intestinal emphysema of swine". Am. J. Hyg., 27:364, 1938.
- Keyling, W. S.; Mc Carver, R. R.; Kovand, J. L., y Daywitz, A. L.: "Pneumatosis intestinalis: A new concept". Radiology, 76:733-741, 1961.
- Rachet y Charrier, y col.: "La pneumatose hystique intestinale: un cas de P. K. du sigmoide". Arch. Malad. App. Dig., t. 38, num. 5-6, mayo-junio 1949.

d) Química⁽⁷⁾ (reabsorción de ácidos por linfáticos intestinales).

e) Dietética (dieta láctea).⁽⁸⁾

Pero los dos mecanismos más aceptados son:

f) *Infeccioso*: Paris, Smith y Welter^(9, 10) sostienen que las enteritis bacterianas a gérmenes gramnegativos producen gas que, en ocasiones, a través de soluciones de continuidad de la mucosa y con hiperpresión endoluminal, penetrarían en los linfáticos submucosos.

g) *Mecánico*: es la más aceptada actualmente. A través de lesiones mucosas (úlceras, exulceraciones, síndrome pilórico y colitis, etc.) penetraría el gas, sobre todo cuando hay vómitos o diarreas (hiperpresión).⁽¹¹⁾

En bronconeumopatías crónicas hay mayor incidencia de neumatosi intestinal.^(12, 13, 14, 15) En estos casos el aire proviene del pulmón. Keitniz y col.⁽³⁾ sostienen que la hiperpresión del gas alveolar produciría rupturas de las comunicaciones intraalveolares, luego habría un neumomediastino y por disección retroperitoneal avanzaría el gas alrededor de los vasos hasta llegar a la pared intestinal.

La frecuencia de la localización, según Smith,⁽¹⁰⁾ es: 15 % gástrica, 52 % intestino delgado y 33 % en colon y dentro de éste más frecuente en colon derecho.

La neumatoquístosis intestinal se asocia muy frecuentemente con úlcera gastroduodenal, con síndrome pilórico, asma, bronquitis crónica, enfisema. Menos comúnmente con afecciones tales como TBC, ileítis regional, colitis, etc.

Se describen, según su ubicación, formas subserosas, submucosas y extraintestinales (epiplón, vesícula biliar, mesenterio, etc.). Se trata de quistes sésiles o pediculados formados por un revestimiento de células endoteliales y que contienen gas cuyos componentes más frecuentes son: nitrógeno, oxígeno y gas carbónico.^(16, 17, 18)

Este padecimiento muchas veces es asintomático y en otras ocasiones se manifiesta por la sintomatología de las afecciones asociadas que ya hemos mencionado.

El diagnóstico es fundamentalmente radiológico y eventualmente endoscópico o quirúrgico.⁽¹⁹⁾

Hay descritas complicaciones graves como: adherencias, vólvulos, invaginaciones, ulceraciones isquémicas de intestino.

Se utiliza tratamiento médico en base a sulfamidas, antibióticos⁽²⁰⁾ y oxigenoterapia⁽²¹⁾ con buenos resultados a veces y desaparición radiológica de los quistes aéreos.

Si esta conducta fracasa y hay sintomatología importante se aconseja la conducta quirúrgica.^(22, 23, 24)

7. Maxson, P. "La lymphoneumatose kystique". *Ann. d'Anat. Pathol.*, 2: 541-562, 1925.
8. Bockus, y col.: "Gastroenterología". Salvat Ed. págs. 226-229, 1965.
9. Paris, L. "Pneumatosis cystoides intestinalis in infancy". *J. Pediat.*, 46: 1-17, 1955.
10. Smith, B. H., y Welter, L. H. "Pneumatosis intestinalis". *Am. J. of Clin. Pathol.*, 48: 455-465, nov. 1967.
11. Kenny, J. G. "Pneumatosis intestinalis". *Clin. Radiol.*, 14: 70, 1963.
12. Doub, H. P., y Shea, J. J. "Pneumatosis cystoides intestinalis". *JAMA*, 172: 1238, 1960.
13. Mujahed, Z., y Evans, A. "Gas cysts of the intestine (pneumatosis intestinalis)". *Surg. Gynec. and Obst.*, 107: 151, 1958.
14. Culver, G. S. "Pneumatosis intestinalis with associated retroperitoneal air. Report of a complication of severe asthma". *JAMA*, 186: 1160-1162, oct. 1963.
15. Plachta, A., y Speer, F. D. "Mechanism of nonbacterial gastric emphysema". *Gastroenterology*, 40: 246, 1961.
16. Girard, M., Bertrand, P., Chabanon, J., Mauzelle y Crespin. "La pneumatose kystique colique". *Jour de Méd. de Lyon*, 46: 485-508, 1965.
17. Kushlan, S. D. "Pneumatose kystique de l'intestin (Pneumatosis cystoides intestinalis)". *JAMA*, 179: 699-702, marzo 1962.
18. Mazzoni, G., y Terano, A. "Pneumatose kystique intestinale". *J. Policlinico Chir.*, 64: 236, 1967.
19. Lerner y Gazin, A. "Pneumatosis intestinalis, its Roentgenologic diagnosis". *Am. J. Roentgenology*, 56: 464, 1946.
20. Beau, P., Ortel, L., Luboinsky, J., y Molas, G. "La pneumatose kystique primitive du colon". *Arch. Franç. Mal. Appar. Digest.*, 59: 539-564, 1970.
21. Simón, N. M., Myman, K. E., Divertie, M. B., Roveltstad, R. A., y King, J. E. "Pneumatosis quística intestinal, tratamiento mediante oxígeno administrado con mascarilla ajustada". *JAMA (en español)*, 7: 7, 1975.
22. Siffredi, P., Sibó, A., Deicas y Zulemas Murgas. "Neumatosis quística del intestino en el niño". *Día Méd.*, 39: 437, 1967.
23. Colcock, B. P., y Braasch, J. W. "Pneumatosis cystoides intestinalis. Surgery of the small intestine in the adult". (Cap. 18.) Saunders Company, 211-214, 1968.
24. Serrano Sánchez, P. A., y Clerigüe Lozano, A. "Neumatosis quística intestinal". *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, LVI (59-75), julio 1979.