

CASO CLÍNICO

Neumatosis coli

Dr. Gabriel Iriarte-Gállego,* Dr. Jaime Báez-García,* Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro,* Dr. José A. Gómez-Jardón,** Dra. Edith Valdéz-Martínez,** Dr. Gerardo Sánchez-Vázquez**

* Servicio de Cirugía General y Gastroenterología, Hospital Guadalupano, Celaya, Gto. ** Servicio de Imagenología, Hospital Guadalupano, Celaya, Gto. Correspondencia: Dr. Gabriel Iriarte Gállego. Hospital Guadalupano, Calle de Guadalupe No. 205-301, Centro, Celaya, Gto. C.P. 38000. Correo electrónico: gabrieli@cel.televicable.net.mx

Recibido para publicación: 22 de julio de 2005.

Aceptado para publicación: 6 de abril de 2006.

RESUMEN Objetivo: presentar un caso de neumatosis coli. **Reporte del caso:** hombre de 56 años de edad sometido a examen médico de rutina, asintomático, sin antecedentes de importancia. Tras realizarle rectosigmoidoscopia se encontraron múltiples lesiones submucosas de aspecto quístico, las cuales posteriormente fueron evidenciadas por diferentes métodos de imagen y endoscopia. **Conclusión:** la neumatosis coli es una patología infrecuente en nuestro medio y, por ende, debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de la neumatosis intestinal secundaria.

Palabras clave: neumatosis intestinal, neumatosis coli.

SUMMARY Objective: To report a pneumatosis coli case. **Case report:** A 56 year old man was submitted to a routine medical check up. During rectosigmoidoscopy examination many submucous lesions of cystic aspect were found, which were demonstrated by different imaging methods and endoscopy. **Conclusion:** The pneumatosis coli is an infrequent pathology in our means and must be included in the differential diagnosis of secondary pneumatosis intestinalis.

Key words: Pneumatosis intestinalis, pneumatosis coli.

INTRODUCCIÓN

La neumatosis intestinal es una condición rara caracterizada por la presencia de lesiones quísticas con gas en la pared del intestino y algunas veces en el mesenterio. Cuando el proceso se encuentra sólo en el intestino grueso, se le denomina neumatosis coli.¹ También se conoce como linfoneumatosis intestinal o peritoneal, neumatosis cistoides intestinal, enfisema intestinal y enfisema buloso del intestino.²

Koss reportó una revisión extensa de esta patología y notó que ocurre con mayor frecuencia en yeyuno e íleon, con sólo 6% de los casos en el colon.³ La mayoría de los pacientes son asintomáticos y cuando existen síntomas puede presentarse dolor abdominal, diarrea o presencia de moco en las evacuaciones.⁴ Puede ser confundida durante el diagnóstico con enfermedad inflamatoria del intestino, poliposis múltiple o carcinoma. Ocurre a cualquier edad pero con mayor frecuencia en edades avanzadas. El objetivo de este reporte es presentar un caso de neumatosis coli, porque como esta patología es infrecuente en nuestro medio es importante reconocerla y diferenciarla de las neoplasias.

REPORTE DEL CASO

Hombre de 56 años de edad, sin antecedentes personales de interés, asintomático, quien durante el examen médico rutinario en la rectosigmoidoscopia presentó múltiples lesiones submucosas de aspecto quístico, por lo cual se inició su estudio. Se solicitó una placa simple de abdomen (*Figura 1*), en la cual se observaron múltiples imágenes quísticas de pared delgada, llenas de gas dentro de la pared intestinal en hipocondrio y flanco izquierdos. Posteriormente una TAC (*Figura 2*) mostró imágenes radiotransparentes en forma de pequeñas burbujas y una colección de éstas en la parte anterior y paramedia izquierda en la pared del colon. El estudio de contraste del colon (*Figura 3*) evidenció múltiples defectos de repleción redondeados, radiotransparentes, submucosos, de base ancha, en racimo en rectosigmoides. Se realizó colonoscopia (*Figura 4*), la cual mostró cambios en el patrón mucoso del colon con presencia de las mismas imágenes quísticas múltiples, las cuales mostraron deflación de las mismas, incluso al realizar la biopsia. Por todo lo anterior, se concluyó en el diagnóstico de neumatosis coli y al estar asintomático se inició



Figura 1. Radiografía simple de abdomen donde se observan lesiones quísticas llenas de gas en cuadrante superior izquierdo.

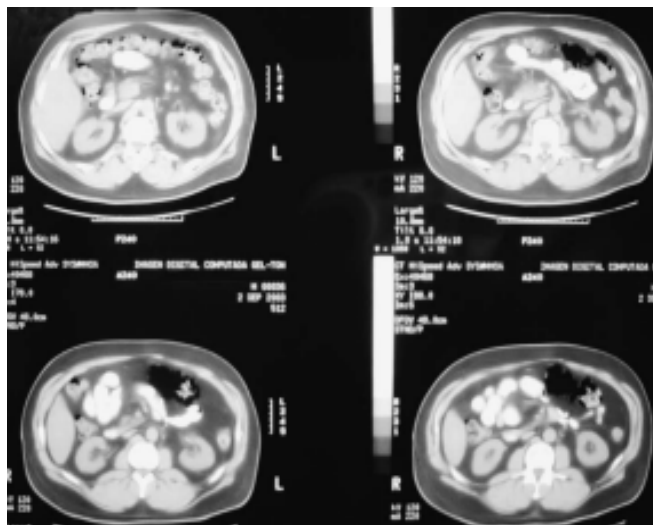


Figura 2. TAC abdominal que muestra las lesiones radiotransparentes en forma de pequeñas burbujas y una colección de éstas en la parte anterior y paramedia izquierda en la pared del colon.

tratamiento con metronidazol, con el cual se encuentra hasta la fecha sin referir síntoma alguno.

DISCUSIÓN

De acuerdo con Kreiss,⁵ la neumatosis puede ser primaria o secundaria. Cerca de 15% de los casos son de causa primaria o idiopática, en la cual los quistes son submucosos y usualmente se limitan al colon izquierdo. La secundaria representa 85% de los casos, en la cual los quistes son subserosos y se pueden localizar en cual-

quier parte del tracto gastrointestinal o en el mesenterio. A esta última se asocian condiciones como enfermedad intestinal inflamatoria, enterocolitis infecciosas, terapia con esteroides, enfermedades de la colágena, obstrucción intestinal, diverticulitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, leucemia aguda, linfoma, SIDA, trasplante de órganos y, en prematuros, colitis necrosante. La etiología de la neumatosis intestinal no está clara. Existe una teoría mecánica en la que se proponen dos mecanismos fisiopatogénicos: el primero observado principalmente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los que el aire diseca el retroperitoneo y entra al mesenterio posterior a la ruptu-

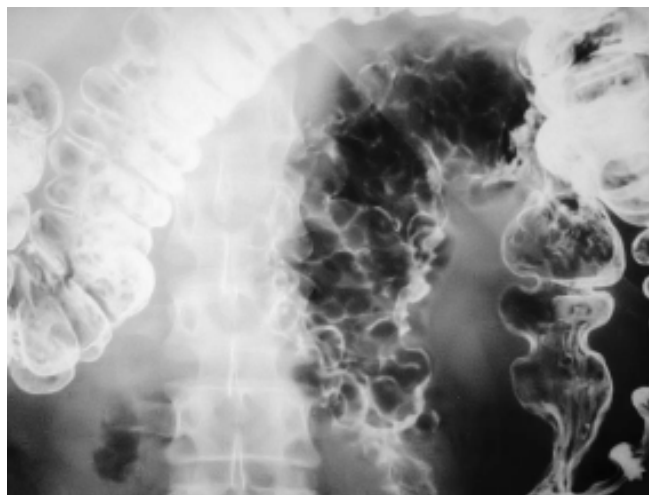


Figura 3. Colon por enema donde se pueden observar defectos de repleción redondeados, radiotransparentes, submucosos, de base ancha, en racimo en rectosigmoideos.

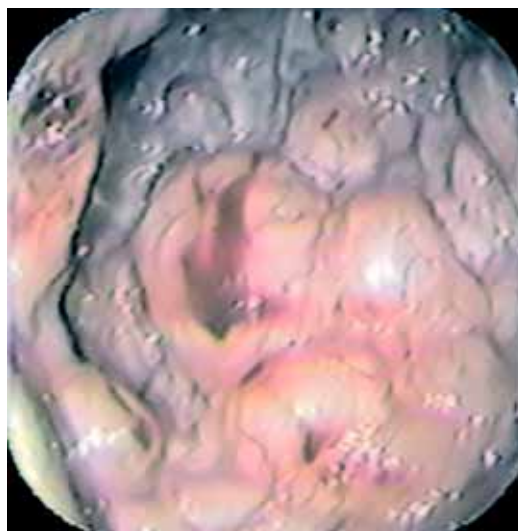


Figura 4. Colonoscopia con lesiones quísticas submucosas.

ra de alvéolos; y un segundo mecanismo representado por un aumento de la presión intraluminal intestinal, que aunado al daño de la mucosa lleva a penetración intramural de gas.

Por otra parte, la teoría bacteriana más aceptada propone que bacilos formadores de gas penetran en la submucosa a través de sus defectos. También se ha observado que el uso prolongado de esteroides y medicamentos inmunosupresores, la presencia de enfermedades de la colágena y la reacción inflamatoria asociada a procesos inmunopatológicos juegan un papel importante.

Otro posible factor implicado apunta a que esta condición puede ser debida a un metabolismo anormal del H_2 . Christl y cols. midieron la concentración de hidrógeno y metano en pacientes con neumatosis cistoides y encontraron que excretan más hidrógeno que los controles.⁶ Asimismo, observaron que la actividad de las bacterias reductoras de metano y sulfato es virtualmente ausente en esos pacientes, lo cual posiblemente explica la acumulación de gas observada.

La neumatosis coli no presenta una sintomatología específica y en ocasiones es un descubrimiento incidental en un estudio proctológico (como ocurrió en nuestro paciente).⁷ Sin embargo, a veces se presenta como un cuadro de oclusión intestinal o como trastornos diarreicos que alternan con estreñimiento, dolor abdominal cólico, mucorrea y rectorragia. El estudio histológico mostró los espacios quísticos cubiertos de macrófagos y abundante citoplasma eosinófilo, mientras que el tejido conectivo no presentó datos de inflamación.⁷

Spigelman y cols.⁸ sugieren una prueba auxiliar para el diagnóstico, la cual consiste en la deflación mediante

punción con aguja cuando la apariencia macroscópica de estas lesiones es sugestiva de quistes. Mientras los casos asintomáticos no requieren de ningún tratamiento,⁷ en los sintomáticos se ha sugerido la utilización de altas concentraciones de oxígeno de 55 a 75% (48 horas de terapia durante cinco días) y metronidazol sugerido bajo la sospecha de que existan bacterias anaerobias. La cirugía está indicada en casos de hemorragia, obstrucción o perforación.

CONCLUSIONES

La neumatosis coli es infrecuente en nuestro medio; sin embargo, debe ser tomada en cuenta en los diagnósticos diferenciales de neumatosis intestinal secundaria.

REFERENCIAS

1. Current surgical diagnosis and treatment. 11th Ed. Chapter 30. McGraw Hill; 2003, p. 701.
2. Gamboa-Domínguez A. Neumatosis intestinal. Informe de tres casos. *Rev Gastroenterol Mex* 2000; 65: 166-70.
3. Koss LG. Abdominal gas cysts (pneumatosis cystoides intestinorum hominis): an analysis with a report of case and a critical review of the literature. *Arch Pathol* 1952; 53: 523.
4. Corman ML. Less common tumors and tumorlike lesions of the colon, rectum and anus. In: Colon and rectal surgery. 4th ed. Lippincott-Raven; 1998, chapter 25, p. 945-7.
5. Kreiss C. Pneumatosis intestinalis complicating *C. difficile* pseudomembranous colitis. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2560-1.
6. Christl SU, Gibson GR, Murgatroyd PR, et al. Impaired hydrogen metabolism in pneumatosis cystoides intestinalis. *Gastroenterol* 1993; 104: 392.
7. Guerra MD, Inda TA. Tumores no epiteliales benignos de colon y recto. En: Takahashi T (ed.). Colon, recto y ano. 1a. Ed. Cap. 72. Editores de Textos Mexicanos; 2003, p. 504-9.
8. Spigelman AD, Williams CB, Ansell JK, et al. Pneumatosis coli: a source of diagnostic confusion. *Br J Surg* 1990; 77: 155.