

*Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección, de la cual el Editor es el Dr R Mazure.*

## Oclusión intestinal en un paciente portador de una válvula de derivación ventriculoperitoneal

**María Silvina Castelluccio, Cristina Raquel Hermida, Pablo Maximiliano Plaza, Mariana Licciardello**

Paciente de sexo masculino, de 32 años, con antecedentes de cirugía a los 2 meses de vida por papiloma del plexo coroi-deo con colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal, retraso mental y madurativo. Consultó por constipación de 9 meses de evolución, pérdida de peso de 10 kg, vómitos de contenido bilioso en forma intermitente que aumentaron de frecuencia aproximadamente 15 días antes de su ingreso e hiporexia no selectiva.

Fue medicado con lactulosa y metoclopramida, a pesar de lo cual el cuadro clínico empeoró. Un mes antes de su internación se le realizó videocolonoscopia, visualizándose la mucosa normal hasta 20 cm del margen anal, suspendiéndose el estudio por inadecuada preparación.

A su ingreso presentaba abdomen globoso, asimétrico, con abombamiento, aumento de la tensión y matidez en flanco derecho, el resto del abdomen levemente doloroso a la palpación profunda con timpanismo, ruidos hidroaéreos presentes de características normales. Al tacto rectal: esfínter anal hipertónico con ampolla rectal vacía. Examen neurológico sin cambios. Laboratorio: leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía de abdomen de ingreso. (figura 1)

Al comenzar la preparación con polietilenglicol para realización de videocolonoscopia evolucionó con vómitos de abundante contenido bilioso, por lo cual se suspendió la preparación y se realizó nueva radiografía simple de abdomen. (figura 2)

Basándose en estos hallazgos, ¿cuál es su diagnóstico presuntivo?



Figura 1. Rx de abdomen de pie- Dilatación de asas de intestino delgado, válvula de derivación ventriculoperitoneal (flecha)



Figura 2. Rx de abdomen de pie- Se observa dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Catéter de derivación ventriculoperitoneal (flecha)

**Institución:**

Servicio de Gastroenterología del Complejo Médico de la P.F.A. Churrucua-Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

**Correspondencia:** Silvina Castelluccio  
Uspallata 3400 - Buenos Aires, Argentina.  
Teléfono: (011) 4201-0303.  
E-mail: silvinacaste@hotmail.com.ar

**Resolución del caso en la página 165**

## ◆ IMAGEN DEL NÚMERO

### Solución del caso: viene de la página 108

**DIAGNÓSTICO:** Pseudoquiste intraabdominal como complicación de derivación ventriculoperitoneal con oclusión intestinal por compresión extrínseca de intestino delgado.

La tomografía computada de abdomen evidenció la lesión hipodensa, de pared fina y regular con una imagen central hiperdensa compatible con el catéter de la derivación ventriculoperitoneal. (figura 3)

Se realizó punción percutánea del pseudoquiste evacuándose 800 ml de líquido cefalorraquídeo estéril. Rápidamente presentó mejoría del cuadro abdominal con recuperación del tránsito intestinal. Luego se recolocó el catéter en región abdominal contralateral a nivel suprahepático con evolución favorable.

**DISCUSIÓN:** La hidrocefalia no es una condición infrecuente

en la práctica pediátrica general, la incidencia es 0.63 por 1.000 nacidos vivos. La derivación ventriculoperitoneal es el modo de tratamiento predominante en esta patología.<sup>1</sup>

La cavidad peritoneal es un sitio ideal para la desviación del líquido cefalorraquídeo (LCR) debido a que el fluido es rápida y eficientemente absorbido por el peritoneo.

La hidrocefalia es consecuencia de varias anomalías congénitas neurológicas, hemorragia subaracnoidea y tumores.<sup>2</sup>

A pesar de ser una práctica utilizada con frecuencia, la literatura enumera complicaciones comunes como desconexión del tubo, bloqueo del *shunt*, infección, obstrucción intestinal y perforación. Las complicaciones infrecuentes incluyen el absceso subfrénico, la perforación del intestino delgado con formación secundaria de fistula cerebroespinal-entérica, ascitis de LCR intratable, migración del extremo distal del catéter a localizaciones distantes (áreas intratorácica o subfrénica), protrusión del catéter por el ano y formación de pseudoquiste intraabdominal.

El pseudoquiste peritoneal es una complicación rara, con una incidencia de 1.0 a 4.5%.<sup>3-4</sup>

La principal causa de su desarrollo es una infección de la derivación ventriculoperitoneal clínica o subclínica que lleva a una reacción inflamatoria alrededor del extremo distal del catéter. La reacción inflamatoria involucra al peritoneo y a la superficie serosa intestinal, limitando la absorción del LCR y, como resultante, la formación del pseudoquiste.<sup>2,3</sup> La pared está compuesta por tejido fibroso sin una cubier-

ta epitelial, lo que lo define como pseudoquiste.

Cuando el *shunt* falla las manifestaciones clínicas son primariamente neurológicas, mientras que los pacientes con pseudoquiste presentan predominantemente molestias abdominales.<sup>2-4</sup>

La Ecografía y la tomografía computada abdominal son los estudios por imágenes de elección para su evaluación.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el absceso

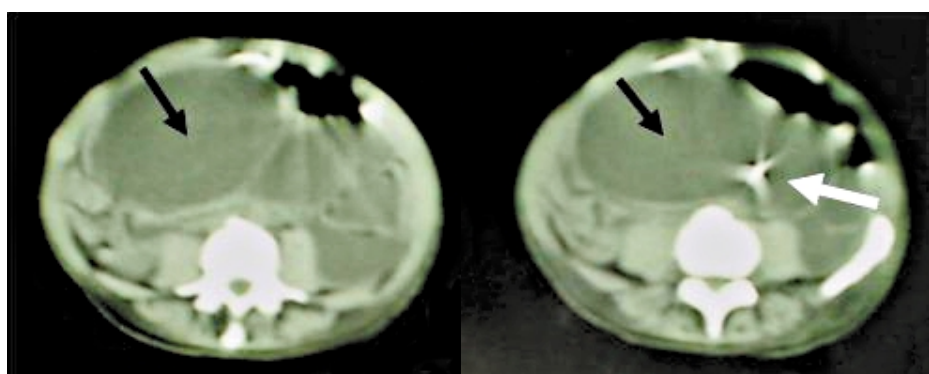


Figura 3. Tomografía computada de abdomen- Pseudoquiste intraabdominal (flechas negras), catéter distal de la derivación ventriculoperitoneal (flecha blanca)

mesentérico, linfocele, linfangioma quístico, mesotelioma quístico, quiste mesentérico, pseudoquiste pancreático y urinoma.<sup>3</sup>

El tratamiento es controversial. Luego de la resolución de la infección o cuando el contenido es estéril los tratamientos descriptos incluyen: 1- reposicionamiento del catéter distal en el peritoneo; 2- reposicionamiento del catéter distal en el espacio pleural, la aurícula derecha o la vesícula; 3- laparotomía exploradora con lisis de las adhesiones y reposicionamiento del catéter peritoneal; 4- aspiración percutánea del pseudoquiste; ó 5- remoción o desconexión del catéter.<sup>5</sup>

### Referencias

1. Garton H, Piatt J. Hydrocephalus. *Pediatr Clin N Am* 2004;51: 305-325.
2. Anderson C, Sorrells D, Kerby J. Intraabdominal pseudocyst as a complication of ventriculoperitoneal shunts. *J Am Coll Surg* 2003; 196:297-300.
3. Pernas JC, Catala J. Case 72: pseudocyst around ventriculoperitoneal shunt. *Radiology* 2004;232:239-243.
4. Hernández JG. Abdominal pseudocyst in a patient with ventriculoperitoneal shunt. A case report. *Cir Cir* 2004;72:401-403.
5. Mobley LW, Doran SE, Hellbusch LC. Abdominal pseudocyst: predisposing factors and treatment algorithm. *Pediatr Neurosurg* 2005;41:77-83.