

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez"

NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO NO QUIRÚRGICO. UN DILEMA DIAGNÓSTICO

Dr. Armando Leal Mursulí,¹ Dr. Reynaldo Rodríguez Varela,² Dra. Nélida Ramos Díaz,² Dr. Juan Francisco Rodríguez Reyes² y Dr. Radamés Adefna Pérez³

RESUMEN

El neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico es una condición infrecuente dentro de la práctica médica diaria. Generalmente, su aparición implica una intervención quirúrgica innecesaria, por lo difícil que resulta su diagnóstico, principalmente en un paciente traumatizado. Se presenta una paciente con esta afección, y se hace énfasis en la fisiopatología, así como en los diferentes medios diagnósticos aplicables en esta situación. Se señala a la laparotomía exploradora, como el último recurso en los casos de mayor dificultad diagnóstica.

Descriptor DeCS: NEUMOPERITONEO/radiografía; NEUMOPERITONEO/cirugía; TRAUMATISMOS DE LA CABEZA/complicaciones; ACCIDENTES DE TRANSITO.

La presencia de aire en la cavidad abdominal, es usualmente considerada como sinónimo de lesión intraabdominal e intervención quirúrgica consecuente. Sin embargo, a partir de la década del 50,¹ se han reportado casos de neumoperitoneo, sin daño abdominal alguno, que reciben el nombre de neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico (NENQ)² para significar la ausencia de daño de algún órgano abdominal, si bien muchos de ellos no son tan "espontáneos", pues están condicionados a la presencia de lesiones extraabdominales

que favorecen la aparición de él, o a afecciones no quirúrgicas del propio abdomen.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina, de 30 años de edad, con antecedentes de salud, la que ingresa por recibir traumatismo craneal por accidente ciclístico. Se recibe en estado de coma superficial, con diagnóstico de contusión cerebral. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCIQ),

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.

² Especialista de I Grado en Cirugía General.

³ Residente de 3er. Año en Cirugía General.

donde se le hace intubación orotraqueal y se acopla al ventilador mecánico, SERVO 900; fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) de 0,4 % y VMP 10,5. Veinticuatro horas después, se mantiene en estado de coma, y le aparece enfisema subcutáneo en ambos hemitórax, pared abdominal, y marcada distensión abdominal sin otras alteraciones.

En la radiografía de tórax anteroposterior se observa neumomediastino, enfisema subcutáneo y neumoperitoneo bilateral gigante (fig. 1).

El ultrasonido realizado a la paciente estuvo normal, así como el esofagograma también normal.

Se decide laparotomizar, y no se comprueba lesión visceral alguna.

El posoperatorio fue tórpido, por lesión neurológica y sepsis respiratoria asociada, que dan al traste con la vida de la paciente.

DISCUSIÓN

La aparición de neumoperitoneo, como una consecuencia más del barotraumatismo, es bien conocida.

La presencia de hiperinsuflación pulmonar originada por ventilación mecánica, independientemente de la modalidad ventiladora usada, es la génesis subyacente de la lesión pulmonar, el denominado volutrauma;³ este daño pulmonar implica una lesión microscópica de ruptura epitelial, así como una enfermedad macroscópica producida por el escape de aire del edema pulmonar intersticial, que puede progresar en sentido distal y aparecer neumotórax, o principalmente al viajar por las vainas conjuntivas bronquiales y perivasculares hasta el mediastino, y desarrollar neumomediastino, enfisema subcutáneo, y hacia el abdomen, a través de los orificios naturales del diafragma, y ocasionar neumorretroperitoneo y neumoperitoneo.⁴

La presencia de estas colecciones gaseosas extrapulmonares, sugieren NENQ. Sin embargo, cuando ocurren en un paciente politraumatizado, con depresión neurológica severa, y por tanto un examen físico no totalmente confiable, el diagnóstico suele ser mucho más retador.

Es necesario recurrir a exámenes complementarios, no como sustitutos del exa-



Fig. Radiografía de tórax que muestra neumoperitoneo bilateral.

men físico, sino como una extensión de éste.

Los métodos mayormente utilizados y de más valor son el ultrasonido abdominal, lavado peritoneal diagnóstico, estudios digestivos contrastados o endoscópicos y laparoscopia;⁵⁻⁷ no obstante, siempre que la historia y el cuadro clínico lo indiquen,

será necesario utilizar la laparotomía exploradora como último recurso para el diagnóstico del neumoperitoneo no quirúrgico, pues si esta intervención es un gravamen más para el paciente lesionado, una lesión inadvertida, y diagnosticada tardíamente, tendrá seguramente un desenlace fatal.

SUMMARY

Nonsurgical spontaneous pneumoperitoneum is a rarely seen condition in daily medical practice. Generally, its appearance implies an unnecessary surgical procedure, due to its difficult diagnosis, mainly in a traumatized patient. A patient with this affection is presented and emphasis is made on the physiopathology as well as on the different diagnostic aids that may be used in this situation. Explorative laparotomy is recommended as the last resource in those cases that are very difficult to diagnose.

Subject headings: PNEUMOPERITONEUM/radiography; PNEUMOPERITONEUM/surgery; HEAD INJURIES/complications; ACCIDENTS, TRAFFIC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozman H, Newman AJ. Spontaneous pneumoperitoneum occurring during postpartum exercises in the «knee-chest position». *Am J Obstet Gynecol* 1956;72:903.
2. Williams NM, Watkin DF. Spontaneous pneumoperitoneum and other nonsurgical causes of intraperitoneal free-gas. *Postgrad Med J* 1997;73(863):531-7.
3. Dreyfus D, Sauman G. Barotrauma is Volutrauma, but which volume is the one responsible? *Intensive Care Med* 1993;21:131-43.
4. Parker JC. Mechanism of ventilatory induced lung injury. *Crit Care Med* 1993;21:131-43.
5. Rowe NW. Nonsurgical pneumoperitoneum: a case report and a review. *Am Surg* 1998;64(4):313-22.
6. Tola M, Portoghese A. Pneumoperitoneum caused by barotrauma. Laparoscopic approach to an unrecognized pathology. *Minerva Chir* 1997;52(9):1113-6.
7. Kirchner J, Lorenz M. Pneumoperitoneum and pneumoperitoneum without peycuration. *Zentralbl Chir* 1996;121(10):861-5.

Recibido: 12 de noviembre de 1998. Aprobado: 14 de diciembre de 1998.

Dr. *Armando Leal Mursulí*. Ramón Pintó, número 202, Luyanó, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.