



NEUMOPERITONEO YATROGÉNICO DE CAUSA TORÁCICA

L. Tallón Aguilar¹, M. López Porras², F. Pareja Ciuró¹, F.J. de la Cruz Lozano², M. Pérez Andrés¹.

¹Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ²Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El neumoperitoneo, como hallazgo radiológico aislado, a pesar de lo que habitualmente presupone, tiene escasa sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la perforación de víscera hueca, pudiendo ser la causa de otro origen como la cavidad torácica¹.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos los casos de dos pacientes con cuadros clínicos muy parecidos, ya que ambos presentan neumoperitoneo como hallazgo en las pruebas de imagen, con exploración abdominal anodina, que no resultaron ser de origen abdominal.

Caso nº 1:

Varón de 14 años que, tras una precipitación desde un segundo piso, es atendido por los servicios de urgencias sanitarias, requiriendo intubación orotraqueal y traslado a la unidad de cuidados intensivos. Tras una primera valoración inicial, requiere intervención quirúrgica por parte de neurocirugía a causa de un traumatismo craneoencefálico sufrido. Tras la misma, se realiza TAC tóraco-abdominal para filiar otras lesiones, apreciándose neumomediastino, neumoperitoneo voluminoso y posible perforación puntiforme a nivel de la salida del bronquio principal izquierdo (figura 1 y 2). A la exploración, el abdomen es blando, depresible y, aparentemente, no doloroso, sin irritación peritoneal. Se realiza fibrobroncoscopia no apreciándose lesión alguna, por lo que se decide actitud conservadora. La evolución postoperatoria neuroquirúrgica es tórpida, requiriendo nueva intervención. Sin embargo, desde el punto de vista tóraco-abdominal no existe sintomatología, observándose la reabsorción progresiva del neumomediastino y neumoperitoneo con nuevas técnicas de imagen.

Caso nº 2:

Mujer de 26 años, sin antecedentes de interés, que acude por síndrome febril y cefalea. Ante la sospecha de meningitis linfocitaria tras la realización de una punción lumbar, se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos para control y tratamiento. Tras una parada respiratoria, requiere intubación orotraqueal urgente y ventilación mecánica. En radiografía de tórax de control postintubación se aprecia posible neumoperitoneo, que se confirma con tomografía computerizada, sin otros hallazgos de interés. En todo momento la paciente se mantiene estable, con un abdomen blando, depresible, no doloroso y sin irritación peritoneal a la exploración. A pesar de la evidencia del neumoperitoneo en las pruebas de imagen, se decide actitud conservadora, dado el estado clínico de la paciente, la exploración y la sintomatología existente. A las 48 horas empieza a observarse neumomediastino en la radiografía, por lo que se realiza fibrobroncoscopia, encontrándose pequeña perforación laríngea no subsidiaria de tratamiento quirúrgico. La evolución clínica es buena, controlándose la reabsorción progresiva del neumoperitoneo con técnicas de imagen.

DISCUSIÓN

En ambos casos, nos encontramos con pacientes jóvenes que presentan en común una intubación orotraqueal complicada y una ventilación mecánica, encontrándose neumoperitoneo en técnicas de imagen como hallazgo casual y sin sintomatología ni focalidad abdominal. Se realiza tratamiento conservador, con buen criterio, tal y como la evolución posterior demostró.

Las causas intratorácicas de neumoperitoneo ocupan el segundo lugar en frecuencia, siendo la ventilación mecánica la causa más probable de origen torácico, seguido del masaje cardiaco y el neumotórax. El

Recibido: 1 de octubre de 2008. Aceptado: 11 de febrero de 2009.

Dr. Luis Tallón Aguilar.
ltallona@hotmail.com



Figura 1: Imagen de la TAC tóraco-abdominal donde se aprecia neumoperitoneo importante a nivel de la cavidad abdominal.

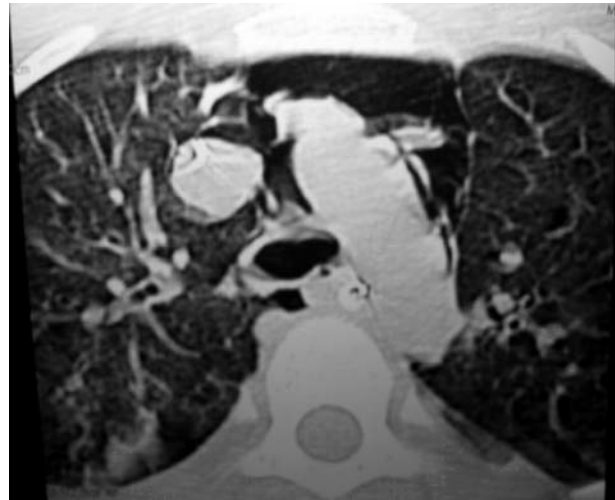


Figura 2: Imagen del neumomediastino y solución de continuidad a nivel de la carina.

aire atraviesa el diafragma hacia la cavidad abdominal, filtrándose igual, aunque en sentido contrario, a como ocurre con el líquido ascítico cuando produce derrame pleural^{2,3}.

A pesar de que existe bibliografía amplia que justificaría una actitud conservadora, la tendencia a no realizar una laparotomía exploradora de urgencias es escasa¹⁻⁴. Hasta en el 15% de los casos de neumoperitoneo se podría mantener una actitud conservadora, tal y como se realiza en los casos presentados⁴.

Nuestro propósito es enfatizar el hecho de que no debemos limitar nuestra actitud a lo dictado sólo en las pruebas de imagen, sino que la clínica y la exploración física deben ser los pilares básicos en los que apoyemos nuestras indicaciones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asanza. Llorente JA, Quesada. Peinado MC, Díaz Oller J, Moreno. Montesinos JM, Medina. Domínguez MT. Neumoperitoneo en politraumatismo sin perforación de víscera hueca. *Cir Esp* 2007; 82: 364. 6.
2. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of non surgical causes. *Crit Care Med*. 2000; 28: 2638. 44.
3. Gómez de Antonio D, Gámez P, Garijo J, Varela A. Causa intratorácica poco frecuente de neumoperitoneo espontáneo. *Cir Esp* 2007; 82: 52. 3.
4. Tuveri M, Borsezio V, Melis G, Muntoni G, Gabbas A, Tuveri A. Peumoperitoneum: is exploratory laparotomy always indicated? *Chir Ital*. 2006; 58: 611. 8.