

NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO

Dres. Guillermo Premoli, Pablo Capellino, Leandro Pierini

INTRODUCCIÓN

La presencia de aire libre en la cavidad abdominal generalmente implica perforación de víscera hueca y como consecuencia de ello una cirugía urgente.

Sin embargo, a partir de la década del 50, se han reportado casos de neumoperitoneo sin ningún tipo de lesión intraabdominal aparente. Estos cuadros infrecuentes en la práctica médica diaria se han denominado neumoperitoneo espontáneo, benigno, idiopático o no quirúrgico. En ocasiones son producidos por patología extraabdominal, ocasionando una intervención quirúrgica innecesaria^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años con antecedentes clínicos de parkinsonismo, obesidad, hipotiroidismo, diverticulosis colónica, consumo crónico de corticoides por lumbalgia y antecedentes quirúrgicos de laminectomía lumbar y apendicectomía.

Consultó en el servicio de emergencias por cuadro bronquial, realizándose radiografía de tórax y constatándose aire libre subfrénico derecho (fig. 1). En el laboratorio se constató leucocitosis, gasometría arterial sin alteraciones y punción abdominal negativa. Para completar los estudios se solicitó una tomografía axial computada (TAC) de abdomen, que informó enfisema subcutáneo en pared lateral de hemitórax izquierdo, neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo (figs. 2-4).

Ante estos hallazgos se realizó un estudio seriado esofagogastroduodenal con contraste yodado para des-

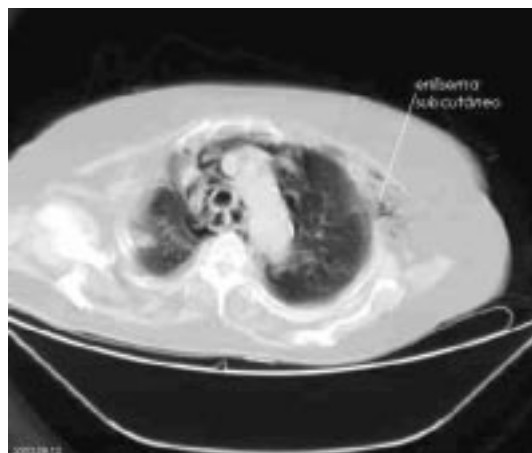


Figura 2. TAC de tórax que muestra enfisema subcutáneo.



Figura 3. TAC de tórax con neumomediastino.



Figura 1. Radiografía de tórax que muestra neumoperitoneo.



Figura 4. TAC de tórax que muestra neumoperitoneo y retroneumoperitoneo.

cartar una causa digestiva alta de perforación, que informó un divertículo de Zencker, con ausencia de fuga del contraste y luego colon por enema donde se constataron divertículos en colon izquierdo, sin otras particularidades.

Debido al buen estado general del paciente con examen abdominal sin signos de peritonismo, se decidió control con examen físico y gasometría arterial seriada.

Presentando buena evolución, comenzó con líquidos al quinto día y fue dada de alta al octavo día de internación.

Al sexto día del alta hospitalaria se reinternó por cuadro de neumonía aguda; con buena evolución egresó tres días después.

En la última visita, al segundo mes de seguimiento, no tenía evidencia de neumoperitoneo y llevaba buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

El hallazgo de una imagen radiológica sugestiva de neumoperitoneo habitualmente es una indicación quirúrgica de urgencia, pero no hay que olvidar que en algunos casos, poco frecuentes, no se asocia a signos peritoneales ni a enfermedades localizadas intraabdominales, pudiendo estar frente a un cuadro de neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico, aunque el término «espontáneo» no se adecua a la realidad ya que en general no se detecta la causa o se debe a patología abdominal no quirúrgica o extraabdominal.

Las causas etiológicas pueden deberse a patología torácica, abdominal o del tracto genital femenino.

Las de origen torácico se han descrito asociados a neumotórax, neumomediastino, neumonía, tuberculosis, asma, enfisema bulloso, carcinoma pulmonar, luego de maniobras de reanimación cardiopulmonar³ o por barotrauma asociado a ventilación mecánica⁴.

Las de origen abdominales se deben en general a neumatosis quística intestinal⁵, entidad poco frecuente, que se caracteriza por la existencia de quistes de contenido aéreo a nivel de la submucosa o subserosa del sistema gastrointestinal; su localización más frecuente es a nivel de intestino delgado. Predomina en el sexo masculino con un pico de edad entre los 25 y 60 años.

Su etiología y el mecanismo de formación no se co-

noce por completo, pero se ha propuesto una teoría mecánica y otra bacteriana.

Según la forma de presentación se dividen en primarias y secundarias. Estas últimas son más frecuentes y se encuentran asociados a inmunosupresión (corticoides, quimioterapia), isquemia intestinal, enfermedad de Crohn, infección por citomegalovirus o rotavirus, colonoscopia, entre otras.

Los pacientes pueden estar completamente asintomáticos o presentar síntomas clínicos que se asemejan al colon irritable. El diagnóstico suele ser dificultoso, comenzando los estudios con una radiografía de abdomen que a menudo detecta las formaciones quísticas llenas de gas, siguiendo con la tomografía axial computada y finalmente la colonoscopia, que es el método diagnóstico más certero.

Otras causas abdominales de neumoperitoneo no quirúrgico son los divertículos o procedimientos endoscópicos.

El último grupo etiológico lo constituye las causas ginecológicas^{1,2}. En estos casos el neumoperitoneo es ocasionado por vía uterotubárica. Se han descrito asociados a exploraciones o postoperatorios ginecológicos, infecciones pélvicas, en el puerperio o postcoito.

La importancia de esta entidad poco frecuente radica en poder tratar en forma conservadora aquellos casos en el que el paciente se encuentra clínicamente estable, con una gasometría arterial normal y un examen físico sin particularidades, evitando de esta forma una cirugía innecesaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angel JL, Sims CJ, Knuppel RA, et al. Postcoital pneumoperitoneum. *Obstet Gynecol* 1988;71:1039-41.
2. Gutierrez Macias A, Gonzalo Serrano C, Portugal Porras V, et al. Neumoperitoneo postcoital. *Emergencias* 1999;11:312-4.
3. Al Awad A, Urdaneta F, Dasilva Aponte J, et al. Neumoperitoneo asintomático posterior a reanimación cardiopulmonar. *Med Crit. Venez* 1996;11:63-7.
4. Mursulí A, Varela Rodríguez R, Díaz Ramos N, et al. Neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico. Un dilema diagnóstico. *Rev Cubana Cir* 1999;38(2):106-8.
5. Rogy MA, Mirza DF., Kovats E, et al. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Int J Colorect Dis* 1990;5:120-4.