

## Neumoperitoneo: dos casos de diferente presentación

Ion Koldobika Iríbar-Diéguez<sup>1</sup>, Jesús Jacinto Abecia-Valencia<sup>1</sup>, Arantza Olaizola-Ayerdi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Bidasoa. Hondarribia (Guipúzcoa). España

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Bidasoa. Hondarribia (Guipúzcoa). España

Recibido: 10/05/2019

Aceptado: 07/08/2019

En línea: 31/08/2019

Citar como: Iríbar-Diéguez IK, Abecia-Valencia JJ, Olaizola-Ayerdi A. Neumoperitoneo: dos casos de diferente presentación. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 79-81. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a13.

Cite this as: Iríbar-Diéguez IK, Abecia-Valencia JJ, Olaizola-Ayerdi A. Pneumoperitoneum: two cases of different presentation. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 79-81. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a13.

Autor para correspondencia: Ion Koldobika Iríbar-Diéguez. [ionkiribar@yahoo.es](mailto:ionkiribar@yahoo.es)

### Palabras clave

- ▷ Neumoperitoneo
- ▷ Perforación intestinal

### Keywords

- ▷ Pneumoperitoneum
- ▷ Intestinal perforation

### Resumen

Hay un cuadro clínico que apunta a la existencia de una posible perforación de víscera hueca: dolor abdominal brusco e intenso con irritación peritoneal, acompañado de la presencia de neumoperitoneo en la radiografía simple. Sin embargo, la clínica no siempre pasa por la presencia de dolor intenso. A veces, cuando la perforación ocurre en el intestino grueso, la peritonitis irritativa puede no aparecer, es posible encontrar distensión abdominal o pasar directamente a una peritonitis bacteriana. El tratamiento, quirúrgico casi siempre, ocasionalmente puede ser conservador.

### Abstract

*There is a clinical picture that indicates that there is a possible hollow viscera perforation: abrupt and intense abdominal pain with peritoneal irritation, accompanied by the presence of pneumoperitoneum on the plain radiography. However, the clinic does not always show an intense pain. Sometimes, when the perforation takes place in the large intestine, the irritant peritonitis may not appear, we may find abdominal distention or pass directly to a bacterial peritonitis. The treatment, almost always surgical, can occasionally be conservative.*

### Puntos destacados

- ▷ Una perforación no siempre cursa con dolor lacerante, la radiografía no siempre es diagnóstica, ni el tratamiento siempre quirúrgico.

## Introducción

El neumoperitoneo radiológico en un paciente con dolor abdominal lleva a pensar en una perforación gastrointestinal como primera causa, pero la clínica puede variar en función de la localización de la perforación y, además, hay posibles causas de neumoperitoneo menos sintomáticas. La radiografía simple es la prueba diagnóstica principal, pero el signo de "doble pared" no siempre es claro si la cantidad de aire libre es escasa. El tratamiento, habitualmente quirúrgico, ocasionalmente puede ser conservador.

## Historias clínicas: caso 1

Varón de 44 años, con antecedentes de gastropatía asociada a *Helicobacter pylori* tratada. Presenta cuadro de 16 horas de abdominalgia intensa, de inicio

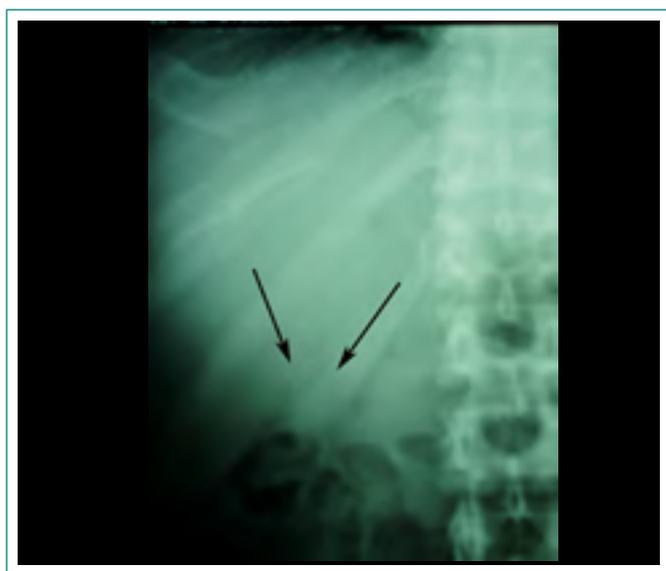
brusco, localizada en epigastrio, irradiada hacia ambos hipocondrios y posteriormente al resto del abdomen, de intensidad 9/10 en la escala visual analógica (EVA) inicialmente; disminuyendo la intensidad y focalizándose el dolor en las últimas horas en el hemiabdomen superior (intensidad 5/10 EVA en el momento de la exploración). El paciente asocia sudoración profusa y fría. Afebril, sin alteración del tránsito intestinal, náuseas ni vómitos.

A la exploración presenta PA 122/72 mmHg, FC 65 lpm, temperatura 37,1 °C. En la exploración abdominal destaca la presencia de dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho con defensa. El resto de la exploración general es normal.

Análiticamente se encuentra 15.700 leucocitos/μl (rango de normalidad: 3.800-10.000/μl) con 1% de cayados (0-0,5%), siendo la bioquímica, orina y coagulación normales.

La radiografía de tórax es normal y en la radiografía abdominal se aprecia la posible existencia de aire extraluminal peribiliar (**Figura 1**). Solicitada una ecografía abdominal (no se realiza tomografía computarizada [TC] abdominal por existir una dudosa alergia a contrastes yodados), se informa de la presencia de una "vesícula no distendida, con Murphy ecográfico positivo y engrosamiento de la pared. Mínima cantidad de líquido libre perivesicular y burbuja aérea fue-

ra del tracto digestivo, pegada a la vesícula. Podría corresponder con cambios inflamatorios en vesícula por un proceso de vecindad: probable perforación de píloro". Con el diagnóstico de "perforación cubierta", dada la evolución favorable espontánea del paciente y su estabilidad hemodinámica se decide tratamiento conservador a la espera de tomar decisiones quirúrgicas según su evolución. El paciente es tratado con aspiración nasogástrica, dieta absoluta, antibioterapia y analgesia resolviéndose el cuadro sin necesidad de cirugía, dándosele el alta en 6 días.



**Figura 1.** Radiografía de abdomen simple. Las flechas indican la posición de gas ectópico peribiliar

El diagnóstico se confirma posteriormente con endoscopia ambulatoria: "deformidad de píloro bulbar con úlcera en fase de cicatrización reciente".

## Historias clínicas: caso 2

Mujer de 69 años, sin antecedentes de interés. Presenta abdominalgia de 24 horas de evolución, de intensidad 4/10 (EVA) y distensión abdominal, progresivos y precedidos desde hace una semana por deposición escasa y diarrea. La paciente no asocia cortejo vegetativo, náuseas ni vómitos. Está afebril.

A la exploración presenta PA 136/84 mmHg, FC 101 lpm, temperatura 36,5 °C. En la exploración abdominal destaca la presencia de una importante distensión y timpanismo, sin estar a tensión, con escaso dolor a la palpación, localizado en hemiabdomen superior, sin signos de peritonismo. En el tacto rectal la ampolla rectal está vacía, y el resto de la exploración general es normal.

Análiticamente se encuentra leucocitosis 13.400 leucocitos/ $\mu$ l (3.800-10.000/ $\mu$ l) con 8% de cayados (0-0,5%); hiperglucemia de 383 mg/dl, siendo el resto (incluyendo orina y coagulación) normal.

En la radiografía de tórax se aprecia presencia de gas en las cúpulas (**Figura 2**). Se decide la realización de una TC abdominal que informa de "gran neumoperitoneo que se extiende a mediastino inferior a nivel paraesofágico, con abundante líquido peritoneal en cavidad abdominal y pelviana. Imagen de invaginación en segmento medio de colon descendente con marcado engrosamiento de pared sugiriendo lesión neoplásica". Con este diagnóstico la paciente pasa a quirófano, encontrándose lesión neoplásica en colon izquierdo con perforación semicubierta en ciego. Siendo el diagnóstico anatomopatológico

de adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado y úlcera-perforación en ciego, la paciente pasa al Servicio de Oncología para tratamiento complementario.



**Figura 2.** Radiografía de tórax simple. Gas en cúpulas diafrágicas

## Discusión

Cuando en un paciente con dolor abdominal (más aún con signos de peritonismo), se encuentra en la radiografía un neumoperitoneo, si no hay una cirugía abdominal reciente (60% de los casos de neumoperitoneo), inmediatamente hay que pensar en la perforación intestinal como siguiente causa más frecuente (90%)<sup>1-4</sup>. Sin embargo, hay otros posibles orígenes tanto abdominales como extraabdominales<sup>1,2,4,5</sup>. Dentro de las perforaciones intestinales, las úlceras gastroduodenales son las más frecuentes<sup>2</sup>, afectando sólo un 6% a la región pilórica<sup>6</sup>.

La clínica con la que se suelen presentar estos pacientes está dominada por el dolor. Hay tres formas de presentación:

- Peritonitis irritativa. Dolor muy intenso, de inicio brusco, localizado en epigastrio o hemiabdomen superior, asociado a una exploración en la que el paciente se encuentra rígido y con abdomen peritonítico; seguida de una reacción peritoneal con disminución de la intensidad del dolor y una peritonitis bacteriana posterior por contaminación del contenido abdominal, con deshidratación, hipovolemia y *shock*<sup>6</sup>.
- Dolor abdominal menos intenso y progresivo, obviándose la fase irritativa, debido a perforaciones en intestino grueso en las que no hay líquido gastroduodenal (el más irritante). Se llega progresivamente a una peritonitis bacteriana.
- Clínica anodina. En ocasiones, la perforación puede verse sellada por órganos vecinos (o no tratarse de una perforación) y la clínica ser anodina<sup>2,4,6,7</sup>.

El 80% de los casos de neumoperitoneo puede diagnosticarse a través de una radiografía simple: de tórax, abdomen en bipedestación o decúbito lateral izquierdo<sup>2,6</sup>. Habrá casos en que siendo la cantidad de aire pequeña sea difícil su diagnóstico radiológico y, si la sospecha fuese importante, se deban utilizar otras pruebas complementarias: radiografías con contraste, ecografía abdominal o TC<sup>4,8</sup>.

El tratamiento de las causas de neumoperitoneo es mayoritariamente quirúrgico y el dilema está en ver si, ocasionalmente, pueden tratarse conservadoramente<sup>1,2,4,5,7</sup>.

## Conclusión

Se presentan dos casos con diferente forma clínica: uno con sintomatología típica, diagnóstico difícil y solución conservadora; y otro, sin fase de irritación peritoneal, diagnóstico sencillo y solución quirúrgica clásica. Su aportación al conocimiento científico es desencasillar esta patología en el subconsciente del profesional respecto de su clínica abrupta y solución quirúrgica.

## Bibliografía

1. Mezghebe HM, Leffall LD Jr, Siram SM, Sifax B. Asymptomatic pneumoperitoneum diagnostic and therapeutic dilemma. *Am Surg.* 1994; 60(9): 691-694.
2. Moreno Antón F, García-Donas J. Neumoperitoneo no quirúrgico. *Rev Clin Esp.* 2004; 204(7): 372-374.
3. Sociedad Española de Radiología Médica. Patología del peritoneo y del espacio subperitoneal; patología no tumoral; neumoperitoneo. Disponible en: <http://seram2008.seram.es/modules.php?name=posters&file=viewcontent&idpaper=2076&content=2&full=true> (último acceso 29 julio 2019).
4. Vélez Silva R, Martínez Jiménez CH, Fernández Hurtado I. Neumoperitoneo como complicación de la ventilación mecánica, sin evidencia radiológica de neumotórax. *Emergencias.* 2006; 18: 170-173.
5. Mularski RA, Ciccolo ML, Rappaport WD. Nonsurgical causes of pneumoperitoneum. *West J Med.* 1999; 170(1): 41-46.
6. Moreno Azcoitia M, Ramos Rodríguez J.L. Conducta ante la perforación gastroduodenal. *Manual de cirugía de urgencias.* Madrid. Ed Arké 144, 1997; 537-542.
7. Jałocha Ł, Wojtuń S, Wojtkowiak M, Błaszak A, Dyrła P, Gil J. Oligosymptomatic alimentary tract perforation in course of Crohn's disease in patient treated with anti-TNF alfa antibodies. *Pol Merkur Lekarski.* 2009; 26(155): 491-492.
8. Sánchez-Bustos Cobaleda S, González Uriarte J. Patología urgente del intestino delgado. *Manual de cirugía de urgencias.* Madrid. Ed Arké 144, 1997; 613-625.