

Neumoperitoneo no quirúrgico: a propósito de un caso

Non surgical pneumoperitoneum: a case report

Cristina González-Prado*

Felipe Reoyo**

Guillermo Cabriada***

Nerea Muñoz§

Miguel Ángel Álvarez#

Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

RESUMEN

El neumoperitoneo es gas libre dentro de la cavidad abdominal. Este hallazgo suele conllevar la necesidad de intervención quirúrgica. Presentamos el caso de un varón intervenido de resección hepática abierta de metástasis de origen colorrectal, con tumor primario ya intervenido previamente. Al sexto día del egreso hospitalario acude a urgencias por fiebre, evidenciando en pruebas radiológicas neumoperitoneo sin clínica abdominal. Se inicia tratamiento conservador, con evolución satisfactoria y siendo catalogado como neumoperitoneo residual.

Palabras clave: Neumoperitoneo; no quirúrgico; causas; manejo conservador

SUMMARY

Pneumoperitoneum is a radiological sign defined as free air in the abdominal cavity. It is usually a surgery indication. We report a liver resection for colorectal metastases (previously resected). Patient was discharged without complications, but at 6th day postoperative he was admitted to Hospital for fever and cough. No abdominal pathological signs were identified. In radiological tests, pneumoperitoneum was diagnosed. Conservative management was initiated with satisfactory results. Patient was discharged at 5th day without clinical symptoms.

Key words: Pneumoperitoneum; non surgical; causes; conservative management

INTRODUCCIÓN

El neumoperitoneo es la presencia de gas libre dentro de la cavidad abdominal⁽¹⁾. Es una situación patológica, cuya causa más frecuente es la perforación de víscera hueca, que implica casi siempre intervención quirúrgica urgente.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente en el que el hallazgo radiológico de neumoperitoneo no se tradujo en la necesidad de una intervención quirúrgica urgente y de evolución favorable con tratamiento conservador.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un paciente de 56 años con antecedentes de resección abierta hepática de metástasis de origen colorrectal, sin necesidad de drenaje. Catorce meses antes se había realizado colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal por neoplasia de sigma estenosante y megacolon tóxico secundario con presentación de obstrucción intestinal. El paciente había recibido posteriormente quimioterapia con esquema FOLFOX. El postoperatorio de la cirugía metastásica no presentó complicación, egresando al quinto día.

Al día siguiente, el paciente acude de nuevo a urgencias con febrícula de 37,5°C y tos. Dado el ambiente epidemiológico, se realiza protocolo diagnóstico de COVID-19. En la radiografía de tórax no hay hallazgos parenquimatosos reseñables, pero se evidencia neumoperitoneo.

El paciente no presenta clínica abdominal, a la exploración no se evidencia defensa voluntaria ni signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca linfopenia, plaquetopenia, elevación de D-dímeros, ferritina e IL-6. Las enzimas hepáticas en franca mejoría respecto a analíticas previas y los parámetros inflamato-infecciosos normalizados.

Se decide realizar tomografía computada abdomino-pélvi-

* Médico Interno Residente.

** Facultativo Especialista de Área.

*** Médico Interno Residente.


§ Médico Interno Residente.

Jefe de Servicio Cirugía General.

Autor correspondiente: Cristina González-Prado - Correo electrónico: cristinagonpra21@gmail.com

Dirección: Avenida Islas Baleares, 3, CP; 09006 Burgos, España

Fecha de recepción: 13/08/2020 - Fecha de aprobación: 22/11/2021

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

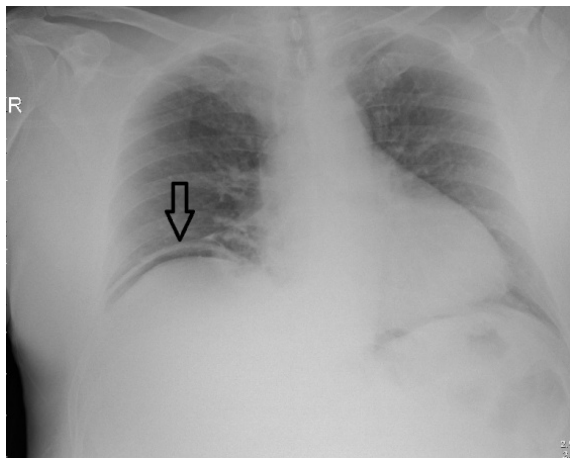


Figura 1. Radiografía de tórax en bipedestación: Neumoperitoneo.



Figura 2. Tomografía computada abdomino-pélvica: neumoperitoneo perihepático sin otros hallazgos destacables.

co, la cual es informada como neumoperitoneo perihepático de pequeña cuantía sin evidenciar causa. Con los hallazgos clínicos-analíticos-radiológicos se mantuvo actitud conservadora, fundamentada en dieta absoluta durante 2 días, analgesia, sueroterapia y antibioterapia empírica con Piperacilina/Tazobactam.

Posteriormente el paciente es diagnosticado como COVID-19 tras el resultado de PCR para SARS COV-2. Previo a la intervención quirúrgica se realizó despistaje mediante el mismo método, siendo éste negativo. Durante la estancia hospitalaria índice no presentó clínica respiratoria y tras el egreso hospitalario no se especificaron medidas de distanciamiento. No se objetivó brote hospitalario en la planta en la que el paciente estuvo ingresado durante el posoperatorio.

El paciente evoluciona de manera satisfactoria desde el punto de vista abdominal y de la infección respiratoria, siendo compatible el hallazgo previo como neumoperitoneo residual dado el antecedente de cirugía reciente. El paciente es egresa al sexto día de reingreso con aislamiento domiciliario hasta negativizar PCR para SARS COV-2.

DISCUSIÓN

El neumoperitoneo es un signo radiológico que se traduce en multitud de diagnósticos subsidiarios la gran mayoría de intervención quirúrgica urgente. En la mayoría de los casos, más del 90%, resulta de una perforación de víscera hueca.⁽²⁾ No obstante, se han documentado varias etiologías que no requieren de actitud quirúrgica.⁽³⁾

Los profesionales de la unidad de urgencias son los primeros en evaluar a los pacientes y encontrarse con el hallazgo incidental de neumoperitoneo. Consultarán con cirugía para evaluación; es importante recordar la posibilidad de una etiología no quirúrgica y evaluar detenidamente al paciente.^(3,4)

Las etiologías no quirúrgicas se pueden dividir en intratorácicas, intrabdominales, ginecológicas e idiopáticas.⁽⁵⁾ Entre todas y más en concreto entre las intrabdominales destaca el antecedente de intervención quirúrgica previa hasta 4 semanas tras la laparotomía o laparoscopia⁽³⁾, pero también encontramos peritonitis bacteriana espontánea por gérmenes productores de gas o el consumo de drogas como la cocaína.^(2,4)

La prevalencia del neumoperitoneo postquirúrgico inmediato se sitúa en torno al 30-77% según las series publicadas. Esta prevalencia disminuye conforme avanzamos en el tiempo, llegando al 17% al quinto día postoperatorio.⁽⁶⁾ No obstante, no existe la suficiente evidencia científica que clarifique estos datos, y tampoco hemos encontrado estudios que diferencien la incidencia del neumoperitoneo postquirúrgico entre laparotomía y laparoscopia.

Entre las causas torácicas encontramos barotrauma, post-resucitación cardiopulmonar realizada de manera intensa, ventilación mecánica invasiva con presiones pico inspiratorias elevadas, tuberculosis pulmonar, acto tusígeno intenso o broncoscopias⁽³⁾. Esto usualmente es resultado de un aumento de la presión intratorácica que condiciona la fuga a través de orificios microscópicos pleurales y defectos diafragmáticos, comunicándose con cavidad peritoneal.⁽⁴⁾

En la población femenina, las causas ginecológicas son relaciones sexuales, insuflación vaginal o enfermedad pélvica inflamatoria, entre otras. El origen del neumoperitoneo en estas condiciones reside en la comunicación anatómica entre la cavidad peritoneal y las trompas de Falopio y/o endometrio.⁽⁴⁾

Ante un neumoperitoneo radiológico, es mandatorio un correcto examen clínico para evaluar signos de alarma como son abdomen agudo así como signos de irritación peritoneal, que se pueden acompañar de fiebre e inestabilidad hemodinámica.⁽⁷⁾

El neumoperitoneo no quirúrgico es en la mayoría de los casos un hallazgo incidental en la radiografía de tórax realizada por otro motivo, como en el caso que exponemos. Este tipo de condición, no suele acompañarse de signos de peritonitis ni de sepsis, no obstante hay casos clínicos en los que se presenta con dolor abdominal acompañante.⁽³⁾

En los casos de duda, es aconsejable la realización de una tomografía axial computarizada (TAC), ya que nos ayudará a identificar el neumoperitoneo y su cuantía, así como otros hallazgos subyacentes.⁽³⁾ En los casos en los que se acompañe de neumomediastino, es aconsejable la realización de TAC toracoabdominal con contraste oral para descartar la posible perforación esofágica.

El neumoperitoneo es por tanto un hallazgo, y no una indicación ineludible de intervención quirúrgica urgente. Los hallazgos clínicos son mandatorios, siendo el profesional el encargado de interpretar el conjunto de datos clínico-analítico-radiológicos para enfocar el diagnóstico de una manera certera y eficiente.

CONCLUSIÓN

El neumoperitoneo presenta una amplia gama de diagnósticos, con diferentes grados de severidad. No todas las etiologías del neumoperitoneo requiere intervención quirúrgica, siendo una entidad relativamente infrecuente, pero altamente olvidada, que tenemos que tener en cuenta. Ante los hallazgos en pruebas radiológicas de neumoperitoneo, una correcta aproximación es

importante. La interpretación de la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias, son de crucial importancia siendo de especial relevancia las dos primeras. En función de su interpretación, se decidirá la necesidad o no de intervención quirúrgica urgente.

Conflicto de intereses y contribución de los autores

Todos los autores participaron en igual medida en la realización del presente estudio, y niegan conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neumoperitoneo. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. Cun.es. 2020 [cited 30 April 2020]. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neumoperitoneo>
2. Williams N, Watkin D. Spontaneous pneumoperitoneum and other nonsurgical causes of intraperitoneal free gas. *Postgraduate Medical Journal*. 1997;73(863):531-537.
3. Čečka F, Sotona O, Šubrt Z. How to distinguish between surgical and non-surgical pneumoperitoneum?. *Signa Vitae - A Journal In Intensive Care And Emergency Medicine*. 2014;9(1):9-15.
4. Hannan E, Saad E, Hoashi S, Toomey D. The clinical dilemma of the persistent idiopathic pneumoperitoneum: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2019;63:10-12.
5. Wang H, Batra V. Massive Pneumoperitoneum Presenting as an Incidental Finding. *Cureus*. 2018;.
6. Earls J, Dachman A, Colon E, Garrett M, Molloy M. Prevalence and duration of postoperative pneumoperitoneum: sensitivity of CT vs left lateral decubitus radiography. *American Journal of Roentgenology*. 1993;161(4):781-785.
7. Tanner T, Hall B, Oran J. Pneumoperitoneum. *Surgical Clinics of North America*. 2018;98(5):915-932.