

Neumoperitoneo

M. Benayas Pagán y G. Benayas Bailo

Centro de Salud El Ejido. Zona Básica de Salud El Ejido. Servicio Andaluz de Salud. Almería.

INTRODUCCIÓN

La visualización de aire libre intraperitoneal, si el paciente no ha sido sometido a cirugía abdominal previa o a exploraciones invasivas, indica siempre la perforación de una víscera hueca.

La radiografía de tórax en bipedestación¹ (fig. 1) muestra una colección aérea más o menos grande bajo las cúpulas diafragmáticas² (en forma de semilunas), pero si la víscera perforada contiene poco aire, o si la perforación se ha cubierto tempranamente (mediante el sellado rápido por el epiplón mayor), el neumoperitoneo puede ser pequeño y de difícil demostración. Cuando la cantidad de aire es pequeña sólo puede ser demostrada tras permanecer el enfermo 5-10 minutos en la misma posición antes de la radiografía (Rx) (tórax en bipedestación con cúpulas diafragmáticas³ o abdomen en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal⁴ (fig. 2). A veces, es útil introducir 100-200 cc de aire por una sonda nasogástrica y colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo para poder diagnosticar la perforación. En las radiografías de abdomen en decúbito supino sólo es posible diagnosticar un neumoperitoneo cuando éste es muy importante.

La causa más frecuente de neumoperitoneo es la perforación de una úlcera gastroduodenal⁵ (4:1), tres duodenales por una gástrica. Alrededor de un 5%-10% de las úlceras se perforan. A pesar de lo anterior, un 20% de las úlceras perforadas no muestran neumoperitoneo. En estos casos la utilización de un contraste hidrosoluble⁶ permite demostrar la fuga del mismo por la perforación. La perforación del colon es mucho menos frecuente y debe sospecharse cuando hay signos de obstrucción colónica o de megacolon tóxico. Es raro que perforaciones de vesícula, apendicitis o diverticulitis produzcan neumoperitoneo.

Su incidencia ha disminuido considerablemente. Es más frecuente en hombres (4:1), entre 40-60 años de edad, aunque también puede producirse en jóvenes (4%) y ancianos (20%).

Correspondencia:
M. Benayas Pagán.
C/ Almorávides, 30.
04720 Aguadulce. Almería.

Recibido el 28-06-2002; aceptado para su publicación el 13-02-2003.



Figura 1. Radiografía de tórax en bipedestación donde se aprecia colección aérea bajo las cúpulas diafragmáticas.



Figura 2. Radiografía de abdomen en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal. Entre flechas, pequeña cantidad de aire extraluminal.

Se trata de un dolor brusco (90%), súbito, definido como "en puñalada". El dolor es de características continuas y aumenta con la respiración y los movimientos. Inicialmente puede localizarse en epigastrio o en la mitad superior del abdomen. En ocasiones, podrá irradiarse al hombro por irritación subdiafragmática del nervio frénico, sobre todo en las perforaciones altas. A veces el dolor se

extiende a la fosa ilíaca derecha, cuando el contenido escapado al peritoneo llega a la pelvis a lo largo del canal paravertebral derecho. Es muy rara la localización en la espalda, pues sólo excepcionalmente se afecta al retroperitoneo.

En la exploración⁷ destaca la sensación de enfermedad grave del paciente, que se encuentra angustiado, pálido, sudoroso, taquicárdico, en posición inmóvil (el movimiento aumenta el dolor) con respiración superficial y ligeramente flexionada. El abdomen se encuentra inmóvil y plano, la distensión abdominal es propia de otros procesos o de una perforación muy evolucionada. La palpación es dolorosa de forma difusa (3/4) o bien localizada en la mitad superior (1/4). En general, encontramos en mayor o menor grado, defensa/contractura, que puede llegar a una rigidez total, "abdomen en tabla" por desarrollo progresivo de irritación peritoneal, que impide otros hallazgos. La auscultación es poco útil, pues los ruidos peristálticos suelen estar presentes en la mitad de los casos.

A veces, 2 a 6 horas después del comienzo del cuadro se presenta un segundo estadio caracterizado por sensación subjetiva de mejoría, con disminución del dolor pero con persistencia de la defensa abdominal y de la ausencia de ruidos intestinales. Dejado a su evolución natural, el cuadro sindrómico progresa, acentuándose la peritonitis, responsable de los síntomas y signos en este tercer estadio. Es, pues, la invasión bacteriana la que producirá aumento de la temperatura corporal, hiposistolia, taquicardia y aumento de la rigidez y distensión abdominales, hasta llegar a un verdadero shock séptico de pronóstico fatal.

No existen datos de laboratorio específicos de la perforación; pueden encontrarse precozmente leucocitosis con desviación a la izquierda. También, en el 20% de los casos, puede elevarse la cifra de amilasa.

El tratamiento de la perforación libre en cavidad abdominal es fundamentalmente quirúrgico y de urgencia.

CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de 45 años de edad, que consulta por dolor abdominal. Entre los antecedentes personales del paciente destaca: obstrucción crónica al flujo aéreo, hipertensión arterial, apendicectomizado en la adolescencia, fumador de unos 20 cigarrillos al día, bebedor de fines de semana, sin alergias medicamentosas conocidas, en tratamiento actual con antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) e inhaladores de broncodilatadores y corticoides. El paciente refiere la presencia de dolor abdominal intenso, de menos de una hora de evolución, de inicio brusco, que le impide cualquier mínima actividad, siendo la deambulación dificultosa y dolorosa.

A la exploración se encontraba consciente y orientado, con estado general afectado y sensación de enfermedad grave, hidratado y perfundido, con respiración superficial y discreta palidez cutánea. La auscultación cardíaca estaba dentro de la normalidad, siendo la respiratoria con mur-

mullo vesicular conservado, con movimientos rápidos y superficiales. La exploración abdominal presentaba un abdomen con dolor a la mínima palpación, doloroso en hemiabdomen superior, sobre todo a nivel de epigastrio, defendido, con contractura en "tabla". Los ruidos abdominales estaban muy disminuidos y a la palpación (dolorosa) se apreciaba pérdida de la matidez hepática. El paciente adoptaba una posición semiflexionada en decúbito supino y se quedaba inmóvil. Se realizó radiología de abdomen en pidedestación (fig. 1) y en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal (fig. 2), apreciándose bajo ambos hemidiafragmas, imágenes en semilunas, y entre la sombra hepática y la pared costal cúmulo de aire libre intraperitoneal, con lo cual se confirma la sospecha clínica de perforación de víscera abdominal.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico no ofrece lugar a dudas, siendo etiquetado el paciente de entrada de perforación de víscera abdominal. La exploración radiológica corrobora la sospecha diagnóstica. Los datos analíticos practicados (de rutina y para el acceso a la cirugía) mostraban una leucocitosis con desviación a la izquierda y un aumento de las cifras de amilasa (1,5 veces su valor normal). Interrogado el paciente, negó antecedentes ulcerosos. Refirió que en las semanas previas había tenido una infección respiratoria, por cuyo motivo le habían "reforzado" el tratamiento de su obstrucción crónica al flujo aéreo (debido a la evolución desfavorable) con una pauta de corticoides orales con descenso progresivo. Había tenido dolores en la "boca del estómago".

Fue intervenido quirúrgicamente.

El cuadro clínico es altamente sugerente y la radiología es diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Herrero Reyes JJ, Cuevas Ibáñez A, Pérez Piqueras J, Boned Purkís J, Obispo Martín JM, González González J. Importancia de la radiología simple en la patología digestiva. *Gastroenterología Integrada* 2000;1(6):404-12.
- Pedrosa CS. El abdomen: cavidad peritoneal. En: Pedrosa CS, editor. *Diagnóstico por la imagen. Tratado de radiología clínica. Tomo I.* Madrid: Interamericana, 1986; p. 481-518.
- Allison DJ, Ekberg O, Fork FT. Abdomen agudo. En: Petterson H, editor. *Compendio general de radiología II.* I. Nicer, 1995; p. 1079-110.
- Feu Caballé F. Complicaciones de la enfermedad ulcerosa: manifestaciones clínicas, actitudes diagnósticas e indicaciones terapéuticas. *Medicine* 2000;8(3):128-33.
- Brant WE. Abdomen y pelvis. En: Brant WE, editor. *Fundamentos de radiología digestiva.* Madrid: Marban, 1995; p. 11-38.
- Arenas de Angel P. Radiografía simple de abdomen. Claves para su interpretación. En: Montoro Huguet MA, editor. *Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia.* Madrid: Jarpio Editores, S.A., 2002; p. 80-2.
- Monés J, Sainz J. Ulcus gastroduodenal (I). *Jano, Medicina y Humanidades* 2001;60(1373):49-54.