

Carta al Director



Localizador web
Artículo 89.103

Neumoperitoneo secundario a cirugía torácica. ¿Qué actitud tomar?

Sr. Director:

Por todos es conocido que la presencia de aire libre en la cavidad abdominal casi siempre se debe a la perforación de una víscera hueca; aunque las causas de neumoperitoneo pueden ser otras muchas, como aire residual postoperatorio¹, punción diagnóstica, aumento de la presión intra y extraalveolar pulmonar, como ocurre en la ventilación mecánica, tras una gastrostomía endoscópica percutánea, en la neumatosis intestinal², tras la colocación de un catéter de diálisis peritoneal, tras maniobras de resucitación pulmonar³, incluso se ha descrito algún caso de neumoperitoneo tras una esternotomía media, que suele resultar benigna para el paciente. Todas estas causas se engloban bajo el término de neumoperitoneo benigno o neumoperitoneo no quirúrgico⁴.

Exponemos el caso de un paciente que presentó neumoperitoneo tras la realización de una lobectomía media.

Se trataba de un varón de 77 años, ex fumador, con antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con digital y lobectomía superior derecha en 1981 por carcinoma epidermoide pulmonar tratado posteriormente con quimio y radioterapia, que fue remitido para valoración de probable nuevo tumor primario. En la radiografía de tórax (fig.1) se apreciaba un nódulo en la región superior del tórax derecho. Se realizó tomografía computarizada (TC) torácica que puso de manifiesto un nódulo de 2,4 - 1,7 cm en el lóbulo medio. En la fibrobroncoscopia no se apreciaban signos directos de tumor. Se realizó lobectomía media con linfadenectomía. En el control radiológico realizado a los 6 días de la intervención, se observó una imagen de neumoperitoneo, sin poder objetivar si existía en el postoperatorio inmediato, por ser las radiografías en decúbito supino. Fue valorado por cirugía general, y, en todo momento, la exploración abdominal fue completamente normal, por lo que no se planteó laparotomía exploradora. En la TC toracoabdominal se observó expansión pulmonar y se comprobó aire ectópico bilateral, principalmente en ángulo hepático, sin líquido libre. Valorado de nuevo por cirugía, se mantuvo la misma opinión clínica, por lo que fue dado de alta a los 12 días de la intervención. La anatomía patológica informó de carcinoma no microcítico pobemente diferenciado, con estroma linfoide y márgenes de resección libres. El paciente fue seguido en consultas externas, y al cabo de unos días se comprobó la total resolución del neumoperitoneo.



Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se observa el neumoperitoneo que presentaba el paciente.

La causa más frecuente de neumoperitoneo es la cirugía previa, por retención postoperatoria de aire, que suele resolverse durante la primera semana posterior a la cirugía. Sin embargo, en aquellos pacientes que no han sido sometidos a una laparotomía o intervención laparoscópica, el motivo más frecuente de neumoperitoneo espontáneo es, con diferencia, la perforación de víscera hueca (90%)^{1,3}, que puede deberse a muchas causas (úlcera duodenal o gástrica, diverticulitis, tumores, etc.). El 10% restante corresponde a neumoperitoneo por causas no quirúrgicas, que puede ser tratado con medidas conservadoras. Así, el neumoperitoneo benigno puede clasificarse según la fuente de la que proceda el aire, siendo la más frecuente la cavidad torácica, seguida del tracto gastrointestinal y del aparato genital femenino.

El mecanismo por el que se produce el paso del aire desde la cavidad torácica hasta el abdomen puede deberse a una lesión inadvertida del diafragma, a la disección mediastínica, así como a la presencia de los llamados síndromes porosos del diafragma⁵. Este último fenómeno se caracteriza por la presencia de múltiples defectos en el diafragma que podrían justificar el paso de aire transfrénico peritoneopleural, como en el neumotorax catamenial, de otros gases, como en el neumoperitoneo artificial, así como de fluidos abdominales, como en la ascitis procedente de un hígado cirrótico.

Respecto al neumoperitoneo de origen torácico, en el barotrauma pulmonar la extensión del aire desde el mediastino a la cavidad peritoneal se justifica porque el espacio visceral es un compartimiento que se extiende desde el cuello, a través del mediastino, al retroperitoneo, formando una conexión anatómica entre las tres áreas, de tal forma que la ventilación mecánica con presión positiva al final de la inspiración aumenta la presión intratorácica y el riesgo de disección de la cavidad peritoneal. El barotrauma se ha relacionado con complicaciones como neumotorax a tensión y neumomediastino, y menos frecuentemente, con neumoperitoneo.

En el caso que presentamos creemos que, más que estar en relación con el barotrauma, el paso del aire desde el tórax a la cavidad peritoneal tuvo lugar durante la

disección mediastínica para la linfadenectomía, de forma que debió existir un efecto valvular que impidió el retorno del aire al exterior a través de los drenajes.

Ante el diagnóstico de neumoperitoneo, lo primero que debemos hacer es discernir si va a ser necesaria una actitud quirúrgica o, por el contrario, estamos ante un neumoperitoneo benigno, en cuyo caso debemos optar por una actitud conservadora. Es muy importante, ante un neumoperitoneo, conocer la diversidad de causas que pueden producirlo, así como una exploración clínica minuciosa del paciente, ya que si únicamente nos basamos en el dato radiológico, podemos actuar de forma precipitada e incorrecta. Por otro lado, en aquellos casos en los que se haya llevado a cabo una lesión accidental del diafragma o una disección mediastínica importante, es necesario un adecuado manejo de los drenajes pleurales para evitar su aparición en el postoperatorio inmediato.

Ana Cristina Utrillas-Martínez^a, Primitivo Martínez-Vallina^b, Javier Rebollo-López^a, Manuel López-Bañeres^a, Antonio Minguillón-Serrano^a, Juan José Rivas-Andrés^b y José M. del Val-Gil^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel. España. ^bServicio de Cirugía Torácica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

Bibliografía

1. Mezghebe HM, Leffall LD Jr, Siram SM, Syphax B. Asymptomatic pneumoperitoneum diagnostic and therapeutic dilemma. Am Surg 1994;60:691-4.
2. Maltz C. Benign pneumoperitoneum and pneumatosis intestinalis. Am J Emerg Med 2001;19:242-3.
3. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. Crit Care Med 2000;28:2638-44.
4. Rowe NM, Kahn FB, Acinapura AJ, Cunningham JN Jr. Nonsurgical pneumoperitoneum: a case report and a review. Am Surg 1998; 64:313-22.
5. Kirschner PA. Catamenial pneumothorax: an example of porous diaphragm syndromes. Chest 2002;122:1865.