



Neumoperitoneo espontáneo asociado a neumonía

Sr. Director:

La presencia de aire libre en la cavidad abdominal como manifestación radiológica sugiere una lesión intra-abdominal grave y la necesidad de una actuación quirúrgica urgente. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de casos en los que el neumoperitoneo aparece en el contexto de otras enfermedades, de etiología variada, y que evolucionan satisfactoriamente hacia la resolución espontánea sin necesidad de tratamiento operatorio. Aunque muy difícil, es muy importante reconocer estos casos para evitar laparotomías innecesarias. Presentamos el siguiente caso que puede ser ilustrativo.

Se trata de un paciente varón de 64 años, que acude a nuestro servicio de urgencias porque presenta un cuadro de expectoración y fiebre mantenida de 39°, tras 10 días de síntomas respiratorios altos. No refería ningún tipo de dolor abdominal ni al ingreso ni en días precedentes. Entre sus antecedentes destacaba la colocación de un marcapasos y la existencia de un asma intrínseco, que precisaba de tratamiento con inhaladores. En la exploración, se apreciaba un paciente orientado, normocoloreado, con *roncus* y sibilancias en la auscultación respiratoria. Abdomen sin dolor en la palpación, sin masas ni

megalías. La analítica revelaba una leucocitosis (18.000) con desviación izquierda y el resto de parámetros del hemograma, la bioquímica y la coagulación se encontraban dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax (fig. 1) se comprueba una condensación basal izquierda, sugestiva de neumonía; así como de la existencia de un neumoperitoneo debajo de ambos diafragmas. Se practicó, con carácter inmediato, una ecografía abdominal, un estudio esófago-gastroduodenal y un enema opaco (ambos con contrastes hidrosolubles) y fueron normales; sin objetivar la presencia de líquido libre, ni fuga de contraste, ni solución de continuidad alguna.

El paciente ingresa en planta con el diagnóstico de neumonía y neumoperitoneo, en el contexto de un abdomen normal. La evolución posterior transcurre con una leve distensión abdominal. Se realiza un estudio mediante una tomografía axial computarizada (TAC) que no aporta ningún hallazgo adicional. Hay que hacer constar como complicación importante la aparición de una alteración de la coagulación (T. protrombina 53%) que se normalizó tras la administración de 2 unidades de plasma fresco. Por lo demás, la evolución fue satisfactoria, sin fiebre ni dolor abdominal. Se reinicia la ingesta total a las 48 h del ingreso, con buena tolerancia y se le da de alta hospitalaria a los 7 días del ingreso, tras concluir el tratamiento médico.

Excluyendo aquellos casos producidos tras laparotomía o laparoscopia, la causa más frecuente de neumoperitoneo es la perforación de víscera hueca abdominal. No obstante, hay otros a los que se han dado distintas denominaciones, como neumoperitoneo idiopático, espontáneo, sin peritonitis, benigno, no quirúrgico o atípico, que no precisan de tratamiento quirúrgico alguno¹. Aunque se desconoce su frecuencia exacta, para algunos autores se cifra al menos en un 10%². Mularski et al³, utilizando como base de datos Medline, revisaron todos los casos desde 1979 hasta 1999. (Se usaron como palabras clave: neumoperitoneo, benigno, no quirúrgico, espontáneo, iatrogénico, barotrauma, neumatosis, defectos diafragmáticos, aire libre, ventilación mecánica, ginecológico y pelviano.) Se encontraron 482 artículos, identificando como neumoperitoneos no quirúrgicos 196 casos, de los que 45 casos fueron intervenidos sin evidencia de víscera perforada.

Para catalogar estos cuadros podemos seguir la clasificación de Gantt⁴ que, atendiendo a la etiología, los divide en 3 grupos: 1) respiratorios; 2) abdominales y 3) ginecológicos. Para algunos autores se añadiría un cuarto grupo de origen iatrogénico. Los de causa de origen *respiratorio*, como el caso que presentamos, tienen un mecanismo patogénico común: la ruptura de alvéolos subcorticales y perivasculares. El aire libre pasaría al espacio intersticial, llegaría así al mediastino y, desde aquí,

descendería a través de orificios anatómicos (hiato esofágico, orificio aórtico, etc.) y llegaría a la cavidad abdominal. Esto explicaría que muchas veces se acompañe de neumomediastino, enfisema subcutáneo y retroneumoperitoneo. Entre las causas que lo originarían podemos citar las que cursan con un incremento de la presión intratorácica (ventilación mecánica, maniobras de Valsalva, masaje cardíaco, etc.) así como causas directas (fístulas broncopleurales, neumopatías, asma y neumonía)⁵.

Las de origen *abdominal* se darían en las siguientes circunstancias: neumatosis quística intestinal, divertículos intestinales, gastro y colonoscopia, colitis ulcerosa y enteritis regional, colitis isquémica, abscesos perinefríticos e infecciones por *clostridium*.

En los de origen *ginecológico*, el origen habría que buscarlo en una alteración de la permeabilidad uteroovárica. Así podemos citar como causas: la insuflación ovárica, salpingooforitis con gérmenes formadores de gas, lavados vaginales, ejercicios posparto, etc.

La clínica es variable y oscila del paciente totalmente asintomático al que refiere un cuadro de dolor y distensión abdominal. Por ello, el diagnóstico es muy difícil. Sin embargo, nos puede orientar hacia el diagnóstico de este cuadro la coexistencia de algún factor etiológico, ya señalado, junto con la ausencia, en todos los casos, de irritación peritoneal y ritmo intestinal conservado.

Con ello podremos adoptar un tratamiento conservador que evitará una intervención quirúrgica innecesaria, teniendo siempre en cuenta que esta actitud implicará un seguimiento minucioso y exhaustivo del paciente, para descartar una perforación encubierta.

**Francisco Javier Frías Ugarte, Francisca Aranda Lozano,
María Luz Almendral López, José María Bordas Rivas,
Juan Tomás Lejarcegui Achicallende
y Francisco Javier Ibáñez Aguirre**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa. España.

Bibliografía

1. Martín Pérez ME, Serrano Sánchez PA, Ontañón Ballesteros M, Pérez-Bedad PA, Larrañaga Barrera E. Neumoperitoneo atípico. A propósito de cuatro casos. *Cirugía Española* 1992;52:228-31.
2. De Jong JJ, Brouwer RW, Veen HF, Johnkman JG. Free air below the diaphragm: not always an acute surgical problem. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:2033-7.
3. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. *Critical Care Medicine* 2000;28(7):2638-44.
4. Gantt CB, Daniel WW, Hallenbeck GA. Nonsurgical pneumoperitoneum. *Am J Surg* 1977;134:411-4.
5. De Pablo R, Marcos JM, Albaya A, Rodríguez R, Liste D.