

CARTAS AL DIRECTOR



Localizador web
Artículo 84.334

PERFORACIÓN RETROPERITONEAL, NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO EN LA COLITIS ULCEROSA GRAVE

Sr. Director: Las causas más frecuentes de neumomediastino y enfisema subcutáneo son la rotura alveolar con disección del aire al interior del mediastino¹, la perforación o rotura del esófago, tráquea o bronquio principales² y, de forma menos frecuente, la perforación de una víscera hueca abdominal³. En la colitis ulcerosa (CU), se ha descrito de forma excepcional esta complicación no asociada a megacolon tóxico⁴. Presentamos un caso de enfisema subcutáneo y mediastínico, coincidiendo con brote grave de CU.

características clínicas similares a las de nuestro paciente⁴. En nuestro caso, dada la imagen obtenida en la TAC, que revelaba un engrosamiento transmural y el mantenimiento de un brote continuo de CU en los meses previos, especulamos que el mecanismo de salida de aire al retroperitoneo pudo deberse a microperforaciones del colon sin clínica de abdomen agudo. Puesto que el intersticio celuloadiposo del cuello está en continuidad con el mediastino, y éste a través del hiato diafragmático con el retroperitoneo, el aire retroperitoneal alcanzó el espacio subcutáneo del cuello y el mediastino. En las formas graves de presentación de una colitis ulcerosa sin megacolon, complicadas con retroneumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo, se puede adoptar una actitud conservadora inicialmente, pudiendo resolverse dicha circunstancia clínica sin cirugía.

A. MARTÍN CASTILLO^a, J.A. PONS MIÑANO^a,
J. RIQUELME RIQUELME^b y P. PARRILLA PARICIO^b
^aServicio de Aparato Digestivo. ^bServicio de Cirugía General.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wintermark M, Schnyder P. The Macklin effect: a frequent etiology for pneumomediastinum in severe blunt chest trauma. *Chest* 2000;120:543-7.
2. Lin JC, Maley RH Jr, Landreneau RJ. Extensive posterior-lateral laceration complicating percutaneous dilational tracheostomy. *Ann Thorac Surg* 2000;70:1194-6.
3. Cifuentes Tebar J, Aguayo Albasini JL, Robles Campos R, Lujan Mompean JA, Liron Ruiz R, Parrilla Paricio P. Enfisema subcutáneo como manifestación inicial de perforación de víscera hueca abdominal. *Rev Esp Enf Digest* 1990;78:38-40.
4. Alvares JF, Dhawan PS, Tibrewala S, et al. Retroperitoneal perforation in ulcerative colitis with mediastinal and subcutaneous emphysema. *J Clin Gastroenterol* 1997;25:453-5.
5. Cohen ME, Kleinman MS. Pneumomediastinum during relapse of ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1997;92:2306-7.
6. Mogan GR, Sachar DB, Bauer J, Salky B, Janowitz HD. Toxic megacolon in ulcerative colitis complicated by pneumomediastinum: report of two cases. *Gastroenterology* 1980;79:559-6.

Fig. 1. TAC abdominal: engrosamiento de la pared del colon transverso (flecha gruesa) y aire en espacio retroperitoneal (flecha delgada).

Varón de 39 años, diagnosticado de CU en junio del 2000, que en los dos últimos años seguía tratamiento con esteroides de forma irregular sin conseguir la remisión completa de la enfermedad. Ingresó en abril de 2002 por diarrea de más de 10 deposiciones al día y dolor abdominal tipo cólico. En la exploración clínica presentaba palidez de piel y mucosas, temperatura de 38 °C, presión arterial de 180/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 lat/min y enfisema subcutáneo en el cuello y el tórax. El abdomen era blando y depresible, doloroso de forma difusa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba una anemia microcítica con hemoglobina de 8 g/dl, hematocrito de 25%, VCM de 79 fl, plaquetas 495.000/ l y leucocitosis de 12.000/ l con un 91% de neutrófilos. Los datos de coagulación, gasometría arterial, bioquímica hepática y renal fueron normales. En las exploraciones complementarias destacaba la presencia de neumomediastino y enfisema subcutáneo, tanto en la radiografía simple como en la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax. La radiografía simple de abdomen no reveló un megacolon. En la TAC de abdomen no existía neumoperitoneo y se apreciaba engrosamiento de la pared del colon derecho, desde el ángulo hepático hasta la región iliocecal, colon transverso y rectosigma, con aire retroperitoneal (fig. 1). Dado que el paciente estaba hemodinámicamente estable y no presentaba signos de sepsis ni insuficiencia respiratoria, se adoptó una actitud conservadora y se inició tratamiento con antibióticos, nutrición parenteral, corticoides, ciclosporina i.v. y oxigenoterapia, consiguiendo la remisión del cuadro clínico y la desaparición del enfisema y el neumomediastino al cabo de 2 semanas.

La perforación retroperitoneal como complicación de una colitis ulcerosa grave, junto con neumomediastino y enfisema subcutáneo, es una complicación excepcional. Dicha circunstancia se ha descrito asociada a megacolon tóxico en 3 casos^{5,6}, y en un caso sin megacolon tóxico con