



## Clínica cotidiana

# Neumoperitoneo a tensión

Elena Gortázar Salazar<sup>a,\*</sup>, Mónica Hernández Herrero<sup>a</sup>, Luis Ángel Pérez Mier<sup>a</sup>,  
 Manuel Tazón Varela<sup>a</sup>, Marta García Hoyos<sup>a</sup>, Elena Gregorio Echebarría<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Laredo. Laredo (Cantabria). <sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Hospital San Eloy. Barakaldo (Vizcaya).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 16 de septiembre de 2016

Aceptado el 10 de enero de 2018

On-line el 20 de marzo de 2018

#### Palabras clave:

Neumoperitoneo a tensión

Perforación de víscera

Diagnóstico precoz

#### Keywords

Tension pneumoperitoneum

Perforation

Early diagnosis

### R E S U M E N

El dolor abdominal agudo es una de las principales causas de atención en los Servicios de Urgencias. Puede tener una presentación atípica que retrasa el correcto diagnóstico y empeora el pronóstico.

Se presenta el caso de un paciente con neumoperitoneo a tensión, probablemente secundario a perforación de una víscera hueca.

La presencia de aire en la cavidad abdominal, o neumoperitoneo, sugiere en la mayoría de los casos una lesión abdominal grave y, por tanto, la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Tension pneumoperitoneum

### A B S T R A C T

Acute abdominal pain is one of the main causes of care in emergency rooms, can have atypical presentations that retard the correct diagnosis and worsens prognosis.

We report a patient with a tension pneumoperitoneum probably due to perforation of a hollow viscera.

Presence of air in abdominal cavity or pneumoperitoneum in most cases indicates a severe abdominal lesion and, therefore, it is necessary an urgent surgical treatment.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elenagortazar@hotmail.com](mailto:elenagortazar@hotmail.com) (E. Gortázar Salazar).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.005>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Paciente de 45 años de edad, con antecedentes personales de retraso mental grave, secundario a encefalopatía de origen prenatal no filiada, y epilepsia, en tratamiento crónico con fenobarbital 100 mg (1-0,5-0,5).

Acude a Urgencias por un cuadro de dolor y distensión abdominal de unas 48 horas de evolución con un vómito asociado.

Durante la exploración física el paciente presenta un cuadro de malestar general, palidez, frialdad cutánea, sudoración profusa y taquipnea de reposo. La presión arterial es de 90/60 mmHg, la temperatura de 36,5 °C, la saturación de oxígeno de 85 % y la frecuencia cardiaca rítmica a 115 lpm. En la auscultación cardiopulmonar solo se aprecia hipoventilación global. El abdomen se encuentra distendido, muy doloroso, con signos de irritación peritoneal y vientre en tabla.

En la analítica sanguínea encontramos leucocitos y fórmula normales ( $8 \times 10^3/\text{mm}^3$ , neutrófilos 65,6 %, linfocitos 26,2 %), glucemia 225 mg/dl, urea 60 mg/dl, creatinina 1,92 mg/dl, amilasa muy elevada (1.071 U/L) y PCR normal (2,6 mg/dl).

Se realiza una radiografía simple de tórax (Fig. 1) y de abdomen (Fig. 2); ambas son sugerentes de neumoperitoneo masivo a tensión con desplazamiento de la cavidad torácica.

No se puede realizar una tomografía axial computerizada (TAC) abdominal urgente porque el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria; a pesar de las maniobras de reanimación, tras 30 minutos de asistolia se declaró el exitus.

## Comentario

La detección de aire en la cavidad abdominal generalmente sugiere la perforación de una víscera hueca (85-95 % de los casos), lo que supone la necesidad de una intervención quirúrgica urgente; sin embargo, en una pequeña proporción de pacientes la etiología no es quirúrgica o resulta de origen idiopático (5-15 %)<sup>1</sup>.

Entre las posibles causas destacan la perforación de una úlcera gástrica o duodenal, tumores o traumatismos y complicación de una endoscopia<sup>2,3</sup>. La causa más frecuente de neumoperitoneo es la perforación de una úlcera gastroduodenal<sup>4</sup>. La perforación del colon es mucho menos frecuente y se debe sospechar cuando existieran signos de obstrucción o de megacolon tóxico.

El neumoperitoneo a tensión es una entidad clínica rara, que requiere atención inmediata. La hipertensión intraabdominal produce una disminución del retorno venoso por compresión directa de sobre la vena cava inferior y por aumento de la poscarga cardiaca<sup>5</sup>.

Puede provocar una peritonitis piógena secundaria o incluso desembocar en un shock séptico. Se caracteriza por dolor, distensión abdominal intensa, oligoanuria progresiva y shock hipovolémico secundario a la disminución del gasto cardiaco.

No existen datos de laboratorio específicos.

Un signo radiológico es el del "balón de rugby": supone neumoperitoneo masivo visible en la radiografía simple de abdomen. La forma que adopta el aire en la cavidad peritoneal recuerda la morfología de un balón de rugby. Este signo es más fácilmente visible en niños.

La TAC es el método de elección para el diagnóstico, más sensible que la radiografía simple. Puede confirmar la presencia



Figura 1 – Radiografía simple de tórax: gran neumoperitoneo a tensión.

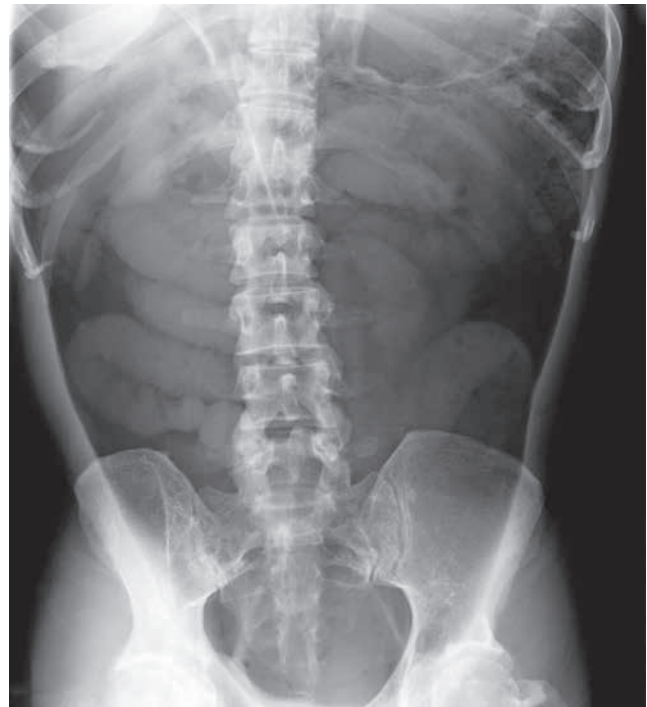


Figura 2 – Radiografía simple de abdomen.

de aire extraluminal, su ubicación y cantidad, además de que puede orientar acerca de su etiología<sup>6</sup>.

El tratamiento de la perforación libre en la cavidad abdominal es fundamentalmente quirúrgico y de urgencia. La gravedad de estos mecanismos sistémicos obliga a disminuir la presión intraabdominal de forma inmediata y, por tanto, mejorar la función hemodinámica. Menos de 20 % de los casos pueden solucionarse sin cirugía<sup>3</sup>.

En relación con nuestro caso, el paciente presentaba un neumoperitoneo a tensión con repercusión hemodinámica y respiratoria que requería atención médica inmediata mediante descompresión abdominal urgente.

Las maniobras de punción peritoneal o laparotomía pudieron haber logrado una rápida mejoría del paciente; por desgracia, en este caso el paciente, a su llegada a Urgencias, ya sufría un cuadro de hipertensión intraabdominal y un grave deterioro hemodinámico y respiratorio, de manera que estas maniobras no pudieron llevarse a cabo, a pesar de la rapidez diagnóstica.

Es fundamental estar familiarizado con este tipo de complicación para lograr un diagnóstico rápido, basado en los datos clínicos y mediante las técnicas de imagen, para así lograr un tratamiento inmediato adecuado.

---

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. López-Cano M, Vilallonga-Puy R. Neumoperitoneo idiopático. *Rev Cir Esp.* 2005; 78: 112-4
2. Lu TC, Chen SY, Wang HP, Lee CC, Chen SC. Tension pneumoperitoneum following upper gastrointestinal endoscopy. *J Formos Med Assoc.* 2006; 105: 431-3.
3. Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ, Sawyer MD, Zietlow SP, Farley DR. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. *Arch Surg.* 2008; 143: 701-6; discussion 706-7.
4. Cruz-Ramos J, Pérez-Fernández LF, Herrera-García W, Granados-Navas FJ. Neumoperitoneo causado por ventilación mecánica asistida. *Acta Pediatr Mex.* 2010; 31: 168-73.
5. Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. *Crit Care Med.* 2000; 28: 2638-44.
6. Ortega-Carnicer J, Ruiz-Lorenzo F, Ceres F. Tension pneumoperitoneum due to gastric perforation. *Resuscitation.* 2002; 54: 215-6.