

## LA IMAGEN DE LA SEMANA

### CASO CLÍNICO

**Edad:** 65 años

**Sexo:** Masculino

**Motivo de internación:** Dolor abdominal

**Enfermedad actual:** Paciente que consulta al HIBA por presentar dolor abdominal. Refiere haber presentado episodio sincopal asociado a escalofríos.

**Antecedentes de enfermedad actual:** Metástasis hepáticas múltiples de tumor neuroendocrino de primario desconocido.

**Examen físico:** Paciente hipotenso 90/60 mmHg que responde a la expansión con coloides, taquicárdico, abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda, con reacción peritoneal. Hepatomegalia palpable.

**Laboratorio:** Insuficiencia renal aguda Cr 1,93; Acidosis metabólica GAP; Lactacidemia 4,93.

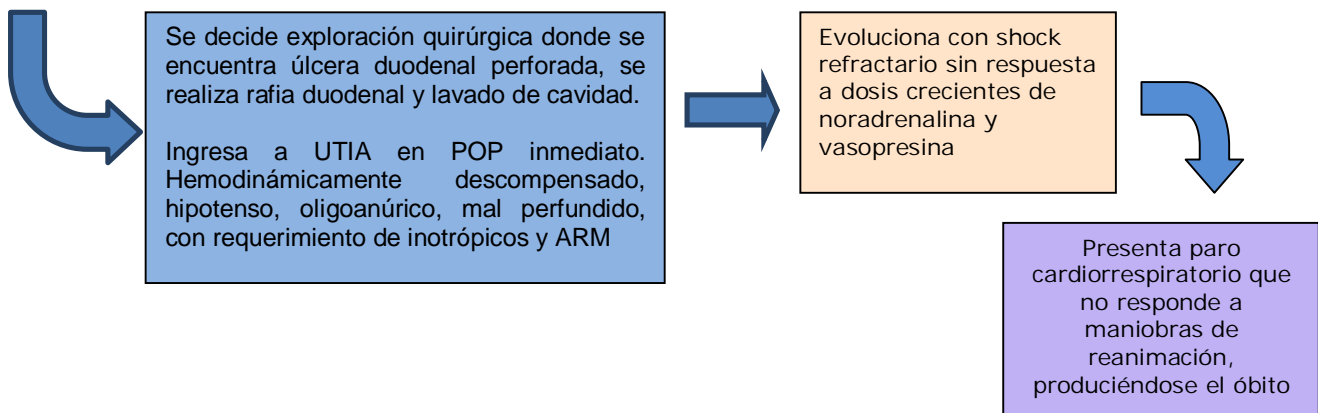
Se solicita TC de abdomen.



### Tomografía de abdomen:



- Hígado de contornos irregulares de densidad heterogénea a expensas de múltiples lesiones nodulares-pseudonodulares de menor densidad ya conocidas compatibles con secundarismo.
- Signos de neumoperitoneo y abundante cantidad de líquido libre intrabdominal y pelviano.
- Alteración de planos grasos grasos mesentéricos.
- Adenomegalias retroperitoneales de ubicación lateroovártica izquierda.



VIÑETA CLINICA: **NEUMOPERITONEO**

La presencia de aire en la cavidad peritoneal o neumoperitoneo es una entidad frecuente que conduce a numerosas laparotomías de urgencia. Se aprecia como una zona radiolúcida por debajo del diafragma en las placas de tórax frente (**signo de Popper**). Clínicamente se caracteriza por intenso dolor epigástrico, que puede irradiarse hacia ambos flancos. Aparecen signos de irritación peritoneal (dolor a la descompresión, defensa, pudiendo llegar al abdomen en tabla). Puede desaparecer la matidez hepática a la percusión (**signo de Jobert**) que debe ser diferenciado de la interposición hepatodiafragmática del colon (**signo de Chilaiditi**).

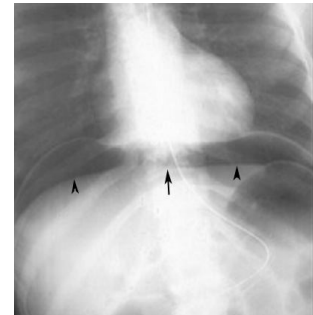
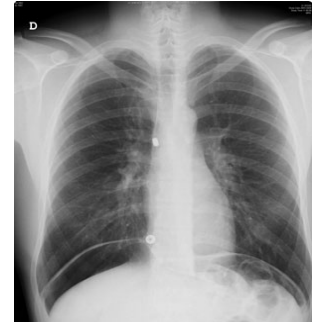
La mayoría de las veces su causa es la perforación de una víscera hueca (85-95% de las ocasiones). Sin embargo, en el 5-15% restante la causa constituye lo que se ha denominado neumoperitoneo no quirúrgico, asintomático, benigno o idiopático, que dará lugar a un dilema diagnóstico y terapéutico. La aproximación a este dilema se fundamenta básicamente en la historia clínica, la exploración física y los análisis complementarios, así como en los antecedentes del paciente.

De esta manera, se puede encontrar un neumoperitoneo asociado con procesos endoscópicos gastrointestinales, como la colocación de una gastrostomía percutánea; la colocación de catéteres para diálisis peritoneal continua puede producir también un neumoperitoneo cuya resolución suele ser espontánea, salvo que se haya perforado una víscera hueca, en cuyo caso suele aparecer una peritonitis que determinará la práctica de una laparotomía. Se ha descrito también el síndrome pospolipectomía endoscópica. Se suele presentar con fiebre y dolor abdominal, el manejo de estos pacientes suele ser la administración de antibióticos intravenosos y la observación del curso del dolor, la fiebre y la leucocitosis y solo la mala evolución determinará la práctica de una laparotomía, ya que la mayoría de las veces se resolverá con tratamiento no quirúrgico.

La neumatosis quística intestinal sería la causa más frecuente de neumoperitoneo no quirúrgico si se excluyen las causas relacionadas con un procedimiento terapéutico. En esta entidad se produce una afección de la pared intestinal por quistes gaseosos en cualquier localización, aunque es más frecuente en el íleon terminal. Se desconoce su etiología, aunque se asocia a enfermedades del colágeno, trasplante de médula ósea, enfermedad inflamatoria intestinal o síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.

Las causas torácicas de neumoperitoneo no están tan claramente definidas como las abdominales descritas con anterioridad. No obstante, y aunque su prevalencia exacta se desconoce, parece ser que la ventilación mecánica es la causa torácica más frecuente de la presencia de aire libre en la cavidad peritoneal. El manejo suele ser conservador, aunque se han descrito casos en los que se ha hecho necesaria una descompresión quirúrgica para evitar un síndrome compartimental abdominal. Para explicar el paso de aire del tórax al abdomen se han mencionado los orificios anatómicos o la presencia de síndromes "porosos" del diafragma. Otras causas más anecdóticas de neumoperitoneo son las que tienen un origen ginecológico.

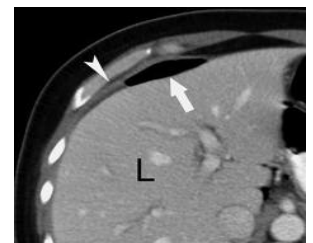
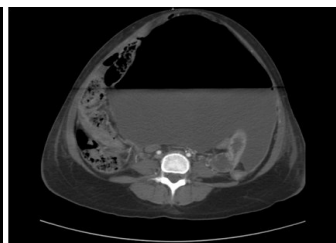
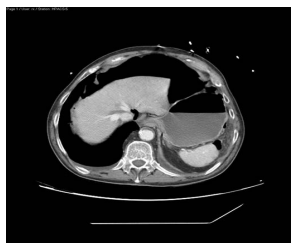
Ante la presencia de un neumoperitoneo, la actitud debe ser la sospecha de la perforación de una víscera. Sin embargo, en casos seleccionados donde los antecedentes patológicos, la historia clínica, la exploración física y los análisis complementarios sean favorables se puede optar por un manejo no quirúrgico con estrecha vigilancia del paciente y, ante cualquier empeoramiento, practicar una laparotomía.



Neumoperitoneo (Signo de Popper)



Signo de Chilaiditi



**BIBLIOGRAFIA**

Mularski RA, Sippel JM, Osborne ML. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. Crit Care Med. 2000;28:2638-44

Jolanda H.M. van Steijn, M.D., and Peter H.J. van der Voort, M.D., Ph.D. Pneumoperitoneum N Engl J Med 2004; 350:e16