



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-741 - Neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico tras traumatismo torácico. Un dilema diagnóstico

*Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Gálvez Pastor, Silvia; Martínez Manzano, Álvaro; Carrillo López, María José; González-Coste Martínez, Rafael; Torregrosa Pérez, Nuria María; Vázquez Rojas, José Luis*

*Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.*

### Resumen

**Introducción:** La presencia de aire en la cavidad abdominal es usualmente considerada como sinónimo de lesión intrabdominal e intervención quirúrgica consecuente. Sin embargo, se han descrito casos de neumoperitoneo sin daño abdominal alguno, que reciben el nombre de neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico (NENQ) para significar la ausencia de daño de algún órgano abdominal, si bien muchos de ellos no son tan "espontáneos", pues están condicionados a la presencia de lesiones extraabdominales que favorecen la aparición de él (ventilación mecánica, resucitación cardiopulmonar, traumatismo torácico), o a afecciones no quirúrgicas del propio abdomen (aire postoperatorio, diálisis peritoneal, procedimientos endoscópicos, neumatosis cystoides intestinalis). La aparición de neumoperitoneo secundaria a barotrauma es bien conocida. La hiperinsuflación pulmonar produce la rotura de los alveolos y el paso de aire a través del espacio perivascular al mediastino ocasionando neumomediastino. El aire va disecando el mediastino hasta alcanzar el retroperitoneo ocasionando neumoretroperitoneo, entrando posteriormente al abdomen, atravesando el mesenterio o a través del foramen de Winslow. De esta forma, cualquier causa que determine aumento de la presión alveolar, como un traumatismo torácico, puede determinar el paso de aire al espacio pleural y mediastínico y secundariamente alcanzar el espacio peritoneal ocasionando neumoperitoneo.

**Caso clínico:** Mujer de 85 años, con antecedentes de HTA y fibrilación auricular, que acudió a urgencias por dolor torácico tras sufrir caída accidental mientras iba con su andador, con traumatismo en hemitórax izquierdo. En la exploración presentaba dolor a la palpación en parrilla costal izquierda, sin crepitación, hematoma ni signos de fractura. La exploración abdominal fue normal. La analítica no demostró alteraciones, y en la radiografía de tórax se apreció neumoperitoneo. Se completó el estudio con TC confirmando el neumoperitoneo, sin líquido libre ni otras alteraciones. Dada la estabilidad de la paciente, la ausencia de dolor abdominal ni alteración analítica, se decidió tratamiento conservador. Tras una evolución satisfactoria, la paciente fue alta a las 48 horas.

**Discusión:** El neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico es una condición infrecuente dentro de la práctica médica diaria. Generalmente, su aparición implica una intervención quirúrgica innecesaria, por lo difícil que resulta su diagnóstico, principalmente en un paciente traumatizado. Se debe

sospechar cuando la distensión y el dolor abdominal son leves y no presentan signos de irritación peritoneal, fiebre o leucocitosis. Sin embargo, cuando ocurren en un paciente politraumatizado, con depresión neurológica grave, y por tanto un examen físico no totalmente confiable, el diagnóstico suele ser mucho más retador. Es necesario recurrir a exámenes complementarios, no como sustitutos del examen físico, sino como una extensión de éste. Los métodos más utilizados son el TC y el lavado peritoneal diagnóstico; no obstante, siempre que la historia y el cuadro clínico lo indiquen, será necesario utilizar la laparotomía exploradora como último recurso para el diagnóstico del neumoperitoneo no quirúrgico, pues si esta intervención es un gravamen más para el paciente lesionado, una lesión inadvertida, y diagnosticada tardíamente, tendrá seguramente un desenlace fatal. El tratamiento del NENQ es conservador y sintomático, con reposo, analgesia adecuada y, evitar maniobras que incrementen la presión pulmonar (Valsalva o espiración forzada), con una evolución hacia la resolución espontánea en 3-15 días. El uso de antibióticos no es necesario, a menos que se asocie con alguna lesión del tracto aerodigestivo. El tratamiento con oxígeno puro aumenta la presión de difusión de nitrógeno en el intersticio y promueve la rápida absorción del aire libre.