



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/115 - NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO

M. Arias Lago^a, A. Nofan Maayah^b, M. Abuhassira^c, I. Ortiz Lebaniegos^b, F. Rey Cascajo^d e I. Ruiz Larrañaga^e

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^bMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^dMédico. SUAP Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente que acude por dolor abdominal continuo, de inicio en epigastrio, de horas de evolución, que le dificulta la respiración. Comenta que tras ejercicio físico intenso haciendo abdominales en el gimnasio. Asocia cortejo vegetativo y mal estado general. se inicia tratamiento analgésico según EVA, sin éxito, por lo que se decide tratamiento con fentanilo y al encontrarse en un SUAP mixto (hospitalario y primaria), se inician pruebas diagnósticas y valoración de traslado al hospital de referencia, tras estabilización inicial, para continuar tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física se objetiva defensa abdominal con Blumberg positivo, peristalsis conservada. La AP era normal con saturación del 98%. La analítica evidencia una ligera leucocitosis con desviación a la izquierda, y una amilasa de 1000. La RX evidencia imagen típica de neumoperitoneo con "signo de la cúpula" apreciándose bajo ambos hemitórax imagen de dos semilunas, lo que confirma la sospecha de perforación de víscera abdominal, que se corrobora con eco abdominal que evidencia defecto en bulbo duodenal y TC

Juicio clínico: Neumoperitoneo por perforación de víscera hueca posesfuerzo físico.

Diagnóstico diferencial: Hernia diafragmática, chilaiditi, absceso subfrénico, neumotórax, neumoperitoneo no quirúrgico abdominal o torácico.

Comentario final: Nos encontramos ante un paciente que después de esfuerzo físico intenso, presenta dolor abdominal que no mejora con analgésicos iv habituales y que en la Rx evidencia neumoperitoneo. Esta prueba es la de elección inicial y detecta 1-2 ml con una sensibilidad del 55-85%. Es indicativa de existencia de gas extraluminal. Para evidenciarlo debemos hacerla en bipedestación o decúbito lateral, si no es posible la anterior. Aparecerá, entre otros signos, como una imagen o "signo de la cúpula" si el aire está en la pared anterior de la cavidad peritoneal. Se confirmará con ECO abdominal con una S del 95-100% como en este caso y el TC. La etiología, en la mayoría de los casos, es de origen espontáneo, por rotura de víscera hueca, en un 70% por perforación de ulcus duodenal. Otras causas serán de origen yatrogénico y traumático, así como las secundarias a procesos torácicos (EPOC, neumotórax) o medicamentos y no quirúrgicas. El tratamiento en este caso fue quirúrgico, cerrando el defecto y derivado al domicilio sin secuelas.

Bibliografía

1. Situaciones clínicas. Semergen. 2003;29:440-1.
2. Neumoperitoneo no quirúrgico. Rev Clin Esp. 2004;204:372-4.
3. Cabrerizo MJ, González C, Rueda AI, Pérez B, García J. Neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico. A.S.A.C. 2008;10:53.

Palabras clave: *Neumoperitoneo. Abdomen agudo.*