

Solución del caso: Neumoperitoneo espontáneo en el paciente crítico

Viene de la pagina 06

En la TC abdominal con contraste se observa una solución de continuidad en la cara anterior de la segunda porción duodenal, evidenciándose a dicho nivel la extravasación de burbujas aéreas hacia la cavidad abdominal, con el neumoperitoneo resultante. Existía además la persistencia de la laceración esplénica descrita en el estudio de ingreso, al igual que la presencia de líquido en cavidad abdominal con densidad superior a la del agua, el cual se ha incrementado en cantidad en el lapso desde el ingreso hasta el control tomográfico, compatible con hemoperitoneo dada su densidad tomográfica y el antecedente traumático (Figuras 1-3).

El hallazgo radiológico de neumoperitoneo evidencia la presencia de aire libre a nivel peritoneal; este puede ser detectado por métodos simples como Rx de abdomen, pero en la actualidad con el advenimiento de nuevas tecnologías, se emplea la TC abdominal, para su mejor caracterización, considerando su mayor sensibilidad.¹

Dentro de las causas más comunes de neumoperitoneo encontramos la perforación de una víscera hueca, y dentro de estas: isquemia intestinal, obstrucción intestinal complicada, procesos inflamatorios complicados (apendicitis, diverticulitis, etc.), úlcera gastroduodenal perforada, siendo esta última la más común, pero también podemos encontrar otras causas como: neumatosis cistoide intestinal, neumotórax y neumomediastino, reanimación cardiopulmonar vigorosa y ventilación mecánica a presión positiva, estas dos últimas en íntima relación con los pacientes críticos internados.^{2,3}

Es así como debemos comprender que en el paciente crítico en la unidad de terapia intensiva podemos evi-

denciar la aparición de neumoperitoneo y hemoperitoneo, secundario a úlcera por estrés perforada, patología que pertenece a un grupo de enfermedades denominadas “daño a la mucosa, relacionado con el estrés” (SRMD, sigla en inglés), que es vista frecuentemente en los pacientes críticos y que tiene como factor predisponente de daño a la mucosa: la hipotensión, la hipoperfusión tisular generalizada, el traumatismo por reperfusión y un pH gástrico bajo.³

Por lo antes mencionado, se ha diseñado terapia de profilaxis para aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de desarrollar daño mucoso relacionado con el estrés, tales como inicio de dieta enteral de manera rápida y el uso de protectores gástricos (inhibidores de la bomba de protones).⁴

Referencias

1. Michael Hirsch S, Claudio Cortés A. El Signo de Leo Rigler: Doble Pared en Neumoperitoneo. *Revista Chilena de Radiología* 2009; 15: 152-154.
2. Williams NM, Watkin DF. Spontaneous pneumoperitoneum and other non surgical causes of intraperitoneal free gas. *Postgraduate Medical Journal* 1997; 73: 531-537.
3. Plummer MP, Blaser AR, Deane AM. Stress ulceration: prevalence, pathology and association with adverse outcomes. *Critical Care* 2014; 18: 213.
4. Fennerty MB. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient: Rationale for the therapeutic benefits of acid suppression”. *Crit Care Med* 2002; 30: S351-S355.