

## Neumoperitoneo a tensión

*Sr. Director:*

La sección "Imágenes en Medicina Intensiva" ha publicado recientemente una radiografía simple de abdomen, remitida por Delgado Martín et al<sup>1</sup>, sobre un caso de "neumoperitoneo masivo con desplazamiento diafragmático bilateral y dilatación colónica" secundario a una perforación de colon. En mi opinión, esta radiografía abdominal muestra también un signo que tiene gran importancia para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes con neumoperitoneo masivo: un desplazamiento inferior y medio del hígado característico de los neumoperitoneos a tensión (NPT)<sup>2,3</sup>. La imagen de Delgado Martín et al<sup>1</sup> es similar a las publicadas anteriormente por Offerman et al<sup>2</sup>, Devine et al<sup>3</sup> y Ortega Carnicer et al<sup>4</sup>, aunque estos últimos autores tampoco refirieron la centralización hepática en la descripción de su caso.

El NPT es una causa rara de síndrome compartimental abdominal que puede observarse tras perforaciones espontáneas o iatrogénicas (tras endoscopias abdominales) de vísceras huecas o maniobras de resucitación cardiopulmonar con dificultades para la ventilación. El NPT lleva a una rápida descompensación cardiorrespiratoria, pues la presión intraabdominal elevada reduce el retorno venoso por compresión de la vena cava inferior y dificulta la ventilación por desplazamiento cefálico de los diafragmas<sup>5-7</sup>. El diagnóstico exige un alto índice de sospecha en pacientes que tienen dificultad respiratoria, colapso hemodinámico y gran distensión abdominal con timpanismo. La radiografía simple de abdomen permite el diagnóstico definitivo al mostrar un neumoperitoneo masivo junto a un desplazamiento medial del hígado. Esta centralización hepática ha sido también observada por Ortega-Carnicer et al<sup>8</sup> en la tomografía computarizada de abdomen de un paciente con NPT debido a una perforación gástrica.

El "taconamiento abdominal agudo" secundario a un NPT exige un tratamiento inmediato mediante punción con aguja de la pared abdominal, incluso si el diagnóstico no ha sido confirmado radiológicamente, y a la espera del tratamiento definitivo<sup>2,3,8</sup>.

J. ORTEGA CARNICER Y A. AMBRÓS CHECA  
*Servicio de Medicina Intensiva.  
Complejo Hospitalario de Ciudad Real. España.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Martín M, Morán Chorroy I, Sánchez Segura JM. Imágenes en Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva*. 2004;28:345.

2. Offerman SR, Holmes JF, Wisnes DH. Gastric rupture and massive pneumoperitoneum after bystander cardiopulmonary resuscitation. *J Emerg Med*. 2001;21:137-9.

3. Devine JF, McCarter TJ. Images in clinical medicine. Tension pneumoperitoneum. *N Engl J Med*. 2001;344:1985.

4. Ortega Carnicer J, Fernández-Medina V, Diarte de Miguel JI, Benezet J, Ruíz de Alegría JR, Laín F, et al. Seudoobstrucción aguda del colon y perforación cecal en el fracaso respiratorio ventilado mecánicamente. *Medicina Intensiva*. 1990;14:264-7.

5. Baker MR. Abdominal tamponade. *JAMA*. 1972;219:911.

6. Meldrum DR, Moore FA, Moore EE, Franciose RJ, Sauaia A, Burch JM. Prospective characterization and selective management of the abdominal compartment syndrome. *Am J Surg*. 1997;174:667-73.

7. Sharma KC, Brandstetter RD, Brensilver JM, Jung LD. Cardiopulmonary physiology and pathophysiology as a consequence of laparoscopic surgery. *Chest*. 1996;110:810-5.

8. Ortega-Carnicer J, Ruiz-Lorenzo F, Ceres F. Tension pneumoperitoneum due to gastric perforation. *Resuscitation*. 2002;54:215-6.