

Cartas al Director

Neumoperitoneo a tensión (réplica)

Sr. Director:

Como respuesta a la carta escrita por el Dr. Ortega Carnicer tengo que indicar que estoy totalmente de acuerdo con el signo que refiere en la imagen radiológica enviada, de la cual me percaté desde un primer momento pero que, por problemas de espacio, me ví obligado a obviar para cumplir las normas de redacción en esta sección.

Sin embargo, a pesar de que como bien indica el neumoperitoneo a tensión puede ser una causa de síndrome compartimental abdominal acompañado de una serie de eventos hemodinámicos y respiratorios de rápida evolución desfavorable, se puede observar en la literatura que este cuadro acontece de forma espontánea en situaciones traumáticas, espontáneas (síndrome de Ogilvie) o bien iatrogénicas, como reanimaciones cardiopulmonares, ventilación dificultosa y procesos endoscópicos¹⁻³.

El caso presentado mostró una serie de puntos llamativos y que difieren de las manifestaciones habituales. Por un lado la clínica; la paciente refiere dolor abdominal difuso asociado a episodios diarreicos y distensión abdominal progresiva. En una primera valoración médica ambulatoria se orienta como gastroenteritis sin realizar ninguna prueba de imagen. Diez días más tarde la paciente acude a Urgencias por persistencia del cuadro pero sin presentar en ningún momento deterioro hemodinámico o respiratorio. En la radiografía de Urgencias se objetivó el neumoperitoneo y se decidió intervención quirúrgica.

Por otro lado, me parece interesante destacar la causa del proceso. Se trata de una paciente que no presenta traumatismo previo ni ninguna de las causas iatrogénicas habituales que pueden desencadenar una perforación intestinal espontánea. Como única causa plausible se orientó el cuadro como perforación intestinal espontánea (colon ascendente) a distancia secundaria a estenosis por neoplasia de sigma.

Saludos cordiales.

M. DELGADO MARTÍN
*Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau.
Barcelona. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker MR. Abdominal tamponade. JAMA. 1972;219:911.
2. Meldrum DR, Moore FA, Moore EE, Franciose RJ, Sauaia A, Burch JM. Prospective characterisation and selective management of the abdominal compartment syndrome. Am J Surg. 1997; 174:667-73.
3. Sharma KC, Brandstetter RD, Brensilver JM, Jung LD. Cardiopulmonary physiology and pathophysiology as a consequence of laparoscopic surgery. Chest. 1996;110:810-5.