

Nota Clínica

Neumoperitoneo postcoital

A. Gutiérrez Macías¹, C. González Serrano², V. Portugal Porras², B. Barrios Treviño², M. Martínez Ortíz de Zárate¹

SERVICIOS DE URGENCIAS¹ Y CIRUGÍA². HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

RESUMEN

El hallazgo de una imagen radiológica sugestiva de neumoperitoneo constituye una indicación de laparotomía ante la sospecha de perforación de víscera hueca. En algunos casos su existencia no se asocia a signos de peritonitis o enfermedades locales. Presentamos un caso de neumoperitoneo probablemente originado en el tracto genital femenino, tras la realización de actividad sexual. Se revisan las causas de neumoperitoneo no quirúrgico y se propone una pauta conservadora de manejo en los casos en que se sospeche.

Palabras Clave: *Neumoperitoneo postcoital. Neumoperitoneo no quirúrgico.*

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de una imagen radiológica sugestiva de la existencia de aire libre en la cavidad abdominal (neumoperitoneo) habitualmente constituye una indicación de laparotomía urgente ante la sospecha de perforación de víscera hueca^{1,2}. En algunos casos, muy poco frecuentes, la existencia de neumoperitoneo no se asocia a signos clínicos de peritonitis o a enfermedades locales demostrables¹. Esta circunstancia ha recibido diferentes denominaciones, entre las que destacan neumoperitoneo espontáneo, idiopático, benigno, no quirúrgico o sin peritonitis¹⁻⁵. Las causas de tal situación clínica pueden hallarse en diferentes alteraciones torácicas, abdominales o en el tracto genital femenino^{1,2}. Presentamos un caso de neumoperitoneo probablemente originado en el tracto genital femenino, que se desarrolló tras la realización de actividad sexual.

Correspondencia: Dr. A. Gutiérrez Macías. Servicio de Urgencias. Hospital de Basurto. Avenida de Montevideo, 18. 48013 Bilbao. E-mail: gondor@sendanet.es

ABSTRACT

Post-coital pneumoperitoneum

Finding an x-ray image which suggests a pneumoperitoneum is an indication for laparotomy when perforation of the hollow visera is suspected. In some cases, its existence is not associated to signs of peritonitis or local diseases. We present a case of pneumoperitoneum which probably began in the female genital tract after a sexual act. The causes of non-surgical pneumoperitoneum are reviewed and a conservative treatment regime is proposed for those cases in which its is suspected.

Key Words: *Postcoital pneumoperitoneum. Non-surgical pneumoperitoneum.*

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años con antecedentes de colecistectomía y apendicectomía. Acude a urgencias por un cuadro de horas de evolución de dolor epigástrico, de inicio brusco, irradiado a hipocondrio izquierdo. El dolor había sido intenso en su comienzo y había disminuido de forma progresiva hasta el momento de la valoración. En los días previos había presentado diarrea autolimitada, que había cedido con dieta astringente y tratamiento sintomático (que no incluía antidiarreicos). La paciente no refería náuseas, vómitos, fiebre, sangrado vaginal u otra clínica significativa. En la exploración, la tensión arterial era 125/85 mm Hg y la temperatura axilar de 36,6°C; se observaban dos cicatrices de laparotomía, el abdomen era blando y depresible, mínimamente doloroso en fosa ilíaca izquierda, sin defensa ni otros signos de irritación peritoneal. No se palpaban masas ni visceromegalias, los ruidos intestinales eran

Fecha de recepción: 4-1-1999
Fecha de aceptación: 15-6-1999



normales y la puño-percusión renal fue negativa. El resto de la exploración no reveló alteraciones significativas. En los datos de laboratorio destacaban 5.500 leucocitos/mm³, con 54% polimorfonucleares y 40% linfocitos, hemoglobina 11,7 g/dL, GPT 14 U/L y amilasa 164 U/L (valor normal < 220 U/L). El recuento plaquetario, la glucemia, las determinaciones de urea, creatinina e iones, el índice de protrombina y la orina elemental fueron normales. La radiografía simple de abdomen no demostró imágenes patológicas. En la radiografía de tórax llamaba la atención la existencia de una imagen aérea de localización subfrénica izquierda compatible con neumoperitoneo (Figura 1). Con la sospecha de perforación de víscera hueca se realizó una laparotomía exploradora; se examinó de forma exhaustiva el abdomen y la cavidad pélvica sin que se demostrase ninguna alteración que justificase la existencia del neumoperitoneo. En un interrogatorio posterior a la intervención la paciente refirió que el cuadro se inició a las pocas horas de haber mantenido una relación sexual. La evolución postoperatoria fue favorable y la enferma fue dada de alta a los cinco días de la intervención. Tras el alta hospitalaria se realizaron una tomografía axial computarizada abdomino-pélvica y un tránsito intestinal, que no mostraron hallazgos significativos, y una gastroscopia en la que se observaban signos endoscópicos de gastritis crónica sin evidencia histológica o microbiológica de infección por *Helicobacter pylori*.

DISCUSIÓN

Las causas de neumoperitoneo espontáneo o no quirúrgico pueden encontrarse en la cavidad torácica, en la pared intestinal o en el tracto genital femenino. El origen torácico es el más frecuente⁴ y se ha descrito asociado a neumotórax, neumomediastino, diversas enfermedades pulmonares (neumonía,



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se pone de manifiesto una imagen aérea subfrénica izquierda sugestiva de neumoperitoneo.

tuberculosis, asma, enfisema buloso y carcinoma pulmonar), maniobras de reanimación cardiopulmonar, intubación traqueal y ventilación mecánica³. La causa más habitual es el barotraumatismo asociado a ventilación mecánica con o sin presión positiva al final de la espiración (PEEP); por regla general se acompaña de neumotórax y/o neumomediastino. El mecanismo de producción más probable es la disección, a través de los espacios virtuales torácicos, del aire procedente del parénquima pulmonar lesionado hasta la cavidad abdominal⁶.

El neumoperitoneo espontáneo de causa abdominal es considerablemente menos frecuente; se debe en la mayor parte de los casos a la existencia de una neumatosis quística intestinal^{5,7}. La neumatosis quística intestinal es un trastorno definido por la existencia de quistes de contenido aéreo situados en las capas subserosa o submucosa de la pared intestinal, que afecta sobre todo al colon ascendente⁵. Puede ser un fenómeno primario o encontrarse asociado a diversas condiciones torácicas o abdominales^{2,7}. Su etiología y el mecanismo de formación de las colecciones aéreas no se conocen por completo, aunque se ha sugerido que pueden obedecer a causas mecánicas (aumento de la presión intratorácica transmitida o de la presión intraluminal intestinal), defectos de la mucosa intestinal o alteraciones del crecimiento bacteriano en la luz intestinal⁸. Otras causas abdominales son los divertículos, procedimientos endoscópicos, ingesta masiva de bicarbonato y diversas enfermedades intestinales, que en ocasiones cursan con neumoperitoneo sin que se ponga de manifiesto la existencia de perforación⁸.

El último grupo etiológico lo constituyen las causas ginecológicas. En estos casos, el aire penetra a la cavidad peritoneal, desde los genitales internos o externos, a través de la vía uterotubárica⁸. Se han descrito casos asociados a lavados vaginales, exploraciones ginecológicas, infecciones pélvicas, en el puerperio y en el postoperatorio de cirugía ginecológica (histerectomía, ligadura de trompas, etc.)². Existen casos más raros relacionados con la práctica del coito y de relaciones orogenitales⁹. Se ha sugerido que los cambios postmenstruales del cérvix pueden facilitar el paso de aire al útero, trompas y cavidad peritoneal⁹. En el caso que presentamos, la relación entre las prácticas sexuales y el cuadro de neumoperitoneo se estableció de forma retrospectiva, tras la realización de la laparotomía.

El interés común de todas estas causas de neumoperitoneo espontáneo o no quirúrgico radica en la posibilidad de realizar un tratamiento conservador en los enfermos en los que concurren alguna de las circunstancias mencionadas siempre que en valoraciones sucesivas mantengan una situación clínica estable, una exploración abdominal normal y un recuento leucocitario dentro de límites normales^{1,7}. En el caso que presentamos, una correcta anamnesis, junto con una evaluación cuidadosa de los datos clínicos y de laboratorio, podrían haber indicado una actitud más conservadora, evitando la realización de una laparotomía en blanco.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hoover EL, Cole GD, Mitchell LS, Adams CZ, Hassett J. Avoiding laparotomy in nonsurgical pneumoperitoneum. *Am J Surg* 1992;164:99-103.
- 2- Williams NMA, Watkin DFL. Spontaneous pneumoperitoneum and other nonsurgical causes of intraperitoneal free gas. *Postgrad Med J* 1997;73:531-7.
- 3- Stansby G, Novell JR, Thomas JM, Hamilton G. Spontaneous pneumoperitoneum. *Eur J Surg* 1991;157:71-2.
- 4- Van Gelder HM, Allen KB, Renz B, Sherman R. Spontaneous pneumoperitoneum. A surgical dilemma. *Am Surg* 1991;57:151-6.
- 5- Daly DB, Guthrie JA, Couse NF. Pneumoperitoneum without peritonitis. *Postgrad Med J* 1991;67:999-1003.
- 6- Hernández-Rodríguez J, Miró O, Pedrol E, Cardellach F. Neumoperitoneo espontáneo asociado a carcinoma bronquial. *Gastroenterol Hepatol* 1996;19:81-2.
- 7- Mezghebe HM, Leffall LD, Siram SM, Syphax B. Asymptomatic pneumoperitoneum: diagnostic and therapeutic dilemma. *Am Surg* 1994;60:691-4.
- 8- Martín Pérez ME, Serrano Sánchez PA, Ontañón Ballesteros M, Pérez-Bedmar PA, Larrañaga Barrera E. Neumoperitoneo atípico. A propósito de 4 casos. *Cirugía Española* 1992;52:228-31.
- 9- Angel JL, Sims CJ, O'Brien WF, Knuppel RA. Postcoital pneumoperitoneum. *Obstet Gynecol* 1988;71:1039-41.