

Nota clínica

Enfisema subcutáneo como signo de perforación colónica tras diverticulitis aguda

F. J. Turumbay Ranz, R. M.^a Blasco Gil, J. Ayensa Calvo, D. Cambra Ría

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA (NAVARRA).

RESUMEN

Se presenta un caso de enfisema subcutáneo de localización cervical sin neumoperitoneo como signo clínico tras perforación de colon secundaria a una diverticulitis aguda de sigma. Se realiza una somera descripción de las distintas patologías que pueden causar enfisema subcutáneo así como de los mecanismos fisiopatológicos implicados en su formación. Se resalta igualmente la rareza del cuadro descrito así como el pronóstico sombrío que conlleva.

Palabras Clave: *Enfisema subcutáneo. Retroneumoperitoneo. Perforación viscera hueca abdominal. Diverticulitis sigmoidea perforada.*

INTRODUCCIÓN

El enfisema subcutáneo (ES) se define por la presencia de gas en el tejido celular subcutáneo y puede acompañar a numerosas patologías. La etiología principal del ES es la ruptura del árbol respiratorio bien por enfermedades pulmonares bien por traumatismos (accidentales o iatrogénicos). Otras patologías que pueden causar el ES son las perforaciones de esófago y las infecciones de partes blandas por gérmenes productores de gas. La aparición de ES como signo clínico de perforación espontánea de una viscera hueca intraabdominal es muy infrecuente.

En el caso que presentamos destaca también la presentación atípica del mismo estando enmascarado el cuadro abdominal por patología respiratoria concomitante, lo que dificultó inicialmente el diagnóstico.

ABSTRACT

Subcutaneous emphysema as sign of colonic perforation due to acute diverticulitis

The authors present a subcutaneous emphysema located at cervical level without pneumoperitoneum as clinical sign, after a colon perforation due to an acute sigma diverticulitis. We describe different pathologies that may present a subcutaneous emphysema and try to explain the physiopathological mechanisms involved in this matter. We emphasize the oddness of the entity described and its awful prognosis.

Key Words: *Subcutaneous emphysema. Retropneumoperitoneum. Perforation of a hollow abdominal viscus. Perforated diverticulitis of the sigmoid colon.*

Finalmente hay que señalar que la presencia de ES tras una perforación de viscera hueca abdominal es un dato de muy mal pronóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 84 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de larga evolución en tratamiento habitual con broncodilatadores, suboclusión intestinal en una ocasión, polirradiculoneuritis y dispepsia medicamentosa. Acude a urgencias porque en los 3 últimos días había aumentado su disnea habitual (de medianos esfuerzos) hasta hacerse de reposo, acompañado de tos seca intensa y sensación febril no termometrada. No síndrome miccional. Ritmo deposicional normal.

Correspondencia: Francisco Javier Turumbay Ranz. Vidángoz, 5, 2.º I. 31014 Pamplona (Navarra). E-Mail: TURUM@medena.es.

Fecha de recepción: 13-3-2000
Fecha de aceptación: 10-5-2000



Exploración física: Temperatura axilar 38 °C, taquipnea a 25 por minuto, Auscultación cardíaca: tonos apagados. Auscultación pulmonar: hipoventilación intensa global, crepitación a la palpación cervical y torácica alta bilateral. Abdomen distendido y timpánico con dolor a palpación en FII e hipogastrio.

Analítica sanguínea: Hematocrito 48%, Hemoglobina 16 g/dL, Plaquetas 91.000/cc, Leucocitos 22.500/cc con desviación izquierda, Urea 67 mg%, Glucosa 120 mg%, CPK 105 mg%, Sodio 137 mEq/L, Potasio 4 mEq/L, GOT 18 UI, Creatinina 1,4 mg%. **Gasometría arterial:** pO_2 : 72 mmHg, pCO_2 : 33,7 mmHg, Saturación: 95%, **Sedimento urinario:** anodino.

Radiografía de tórax (Fig. 1): Enfisema subcutáneo cervical y apical bilateral. **Radiografía de abdomen:** Dilatación y neummatización de asas intestinales. **Ecografía abdominal:** colelitiasis.

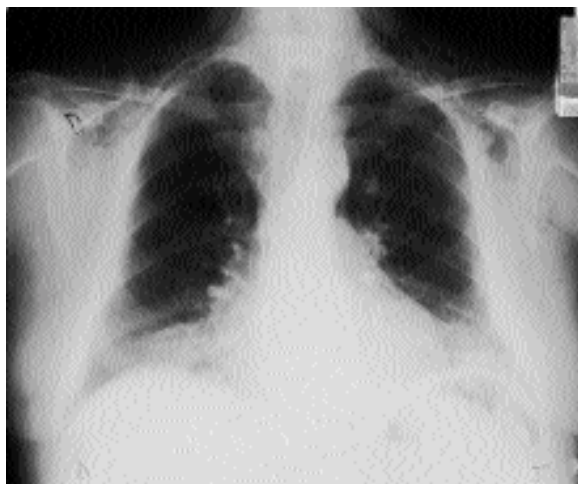


Figura 1.

Evolución

El paciente ingresa ante la sospecha clínica de diverticulitis aguda iniciándose antibioterapia parenteral, siendo la respuesta inicial satisfactoria. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal con y sin contraste en el que se aprecia neumoperitoneo en espacio inframesocólico, plastrón en raíz de mesenterio y perforación colónica de probable origen diverticular.

A los 15 días la situación del paciente se deteriora por lo que se decide intervención quirúrgica siendo el resultado de la anatomía patológica confirmatoria del diagnóstico clínico. La evolución posterior es desfavorable falleciendo en pocos días como consecuencia de fallo multiorgánico.

DISCUSIÓN

Hemos encontrado en la literatura varios casos de ES asociado a perforación de víscera hueca abdominal¹⁻³, siendo en su gran mayoría atribuidas a perforación gastroduodenal.

El ES como signo de perforación de víscera hueca es infrecuente^{4,5} correspondiendo el mayor número de casos a los secundarios a manipulación endoscópica. Sólo hemos encontrado en la bibliografía un caso de ES no yatrógeno⁴ siendo, al igual que el caso que nosotros presentamos, signo de diverti-

culitis sigmoidea perforada. Tanto si es secundario a yatroge-
nia endoscópica como si no, la perforación puede ser intrape-
ritoneal (siendo esta circunstancia la más frecuente) o retrope-
ritoneal, siendo en este caso clínicamente menos evidente^{6,7}.
En el caso que presentamos, al igual que el descrito por Ci-
fuentes⁴, el paciente no presentó neumoperitoneo existiendo
perforación visceral directamente en retroperitoneo. En este
caso el aire retroperitoneal pasaría a través de la capa fibro-
muscular de la pared abdominal y a través del orificio aórtico
llegaría a mediastino⁸; disecando planos profundos del cuello
alcanzaría el territorio subcutáneo⁹.

Se ha correlacionado la localización del ES con la locali-
zación de la lesión intraabdominal^{2,10}. El ES supraclavicular y
cervical se asociaría a perforación de recto (sigma en nuestro
caso), el ES de pared abdominal anterior con ruptura de intes-
tino grueso o delgado y el ES desarrollado en extremidades
inferiores correspondería a apendicitis o carcinoma de colon
perforado.

Coincidimos con Durón¹¹ y Cifuentes⁴ en que el pronósti-
co de estos enfermos es malo (edad avanzada, infección peri-
toneal...) siendo el ES un signo poco frecuente pero ominoso
de perforación de víscera hueca abdominal.

Creemos interesante este caso tanto por la rareza del cua-
dro como por la presentación atípica del mismo ya que la
sintomatología predominante fue respiratoria (aumento progre-
sivo de la disnea y fiebre en un paciente afecto de enfermedad
pulmonar obstructiva crónica) más que gastrointestinal (ausen-
cia de dolor abdominal en el cuadro clínico inicial) siendo es-
tas presentaciones más frecuentes en el paciente anciano.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-** Welty MD. Mediastinal emphysema following anterior perforation of a gastric ulcer. *Ann Intern Med* 1949;30:205.
- 2-** Oetting H, Kramer N, Branch W. Subcutaneous emphysema of gastrointestinal origin. *Am J Med* 1995;19:872.
- 3-** Briaud M, Barbier J, Morichon M, Blavon M, Matuchansky C. Pneumomediastin, emphysème sous-cutané et ulcère gastrique: Etude de 2 observations. *Gastroent Clin Biol* 1978;2:617.
- 4-** Cifuentes Tebar J, Aguallo Albasini JL, Robles Campos R, Luján Mompean JA, Lirón Ruiz R, Parrilla Paricio P. Enfisema subcutáneo como manifestación inicial de perforación de víscera hueca abdominal. *Rev Esp Enf Dig* 1990;78:38-40.
- 5-** Fiss TW, Cigtay OS, Miele AJ, Twigg HL. Perforated viscus presenting with gas in soft tissues (subcutaneous emphysema). *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1975;125:226-33.
- 6-** Overholt BF, Hargrove RL, Farris BK, Wilson BM. Colonoscopy polypectomy: Silent perforation. *Gastroenterol* 1976;70:112-3.
- 7-** Díaz Tie M, Rodríguez Rivera A, Cerdeira Penelas JM, Romanos Castiñeira MJ, Molina Sampil MG. Neumomediastino y enfisema subcutáneo como signos de perforación de colon. *Emergencias* 1998;10:110-2.
- 8-** Pérez Cabañas Y, De Miguel Velasco M, Franquet T, et al. Neumopertoneo, retroperitoneo, neumotórax, enfisema mediastínico y subcutáneo tras colonoscopia. *Cir Esp* 1989;46:295-9.
- 9-** Humphreys F, Hewetson KA, Dellipiani AW. Massive subcutaneous emphysema following colonoscopy. *Endoscopy* 1983;15:119.
- 10-** Jager GJ, Rijsen HV, Lamers JH. Subcutaneous emphysema of the lower extremity of abdominal origin. *Gastrointest Radiol* 1990;15:253-8.
- 11-** Duron J, Durand J, Maneglia R, Validire J. Emphysème sous-cutané d'origine digestive abdominale: A propos de cinq cas. *Ann Chir* 1980;34:425.