

A propósito de un caso de retroneumoperitoneo, neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo idiopáticos

S. Ostiz Zubieta*/ J. I. Bilbao Jaureguizar*/
F. J. Lecumberri Olaverri*/ F. García Delgado*/
L. Apesteguía Ciriza*/ D. Aquerreta Beola*

RESUMEN

Presentamos un caso de retroneumoperitoneo, neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo espontáneos en un joven caquético de 17 años de edad con un trastorno depresivo importante.

Se comentan distintos factores etiopatogénicos posibles así como las vías de transmisión del gas pulmonar, mediastínico y abdominal.

Introducción

El hallazgo de gas patológico en territorio abdominal y torácico, así como en espacio subcutáneo, nos debe hacer pensar en una serie de mecanismos etiopatogénicos, entre los cuales se encuentran las infecciones, los traumatismos, la yatrogenia, etc. Sin embargo, en ocasiones, nos encontramos con situaciones en las que a pesar de realizar múltiples pruebas diagnósticas, no puede llegar a establecerse un mecanismo causal.

A continuación, presentamos un caso de retroneumoperitoneo, neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo en un paciente caquético con un proceso depresivo importante.

Presentación del caso

Varón de 17 años que acude a la Clínica Universitaria de Navarra por un cuadro severo de desnutrición. Meses antes del ingreso sufrió un traumatismo (accidente de tráfico

co), con fractura de fémur, a raíz del cual comienza con alteración de la conducta y con disminución casi total de ingesta de alimentos.

A la exploración física observamos un paciente en caquexia extrema (talla: 170 cm y peso: 30 kg), con ausencia de tono muscular, incluso para mantener erguida la cabeza.

La analítica no revelaba ningún dato de interés (ligera anemia hipocromia).

En los estudios radiológicos realizados llama la atención la presencia de un retroneumoperitoneo (Fig. 1a), neumoperitoneo (Fig. 1b), neumomediastino y enfisema subcutáneo (Fig. 2); ante un cuadro radiológico tan llamativo, se realizaron diferentes estudios radiológicos: urografía intravenosa, enema opaca, estudio gastroduodenal y tránsito intestinal (Figs. 3 y 4), que no aportaron datos que enfocasen la etiología del proceso.

Visto por el Departamento de Psiquiatría, no se llegó a diagnosticar de "anorexia nerviosa", etiquetándose de un trastorno depresivo mayor.

Con tratamiento antidepresivo y dietético, mejoró la depresión y el estado de nutrición, desapareciendo asimismo el cuadro radiológico.

Comentarios

Los mecanismos que más frecuentemente causan gas retroperitoneal son los que se describen en la tabla I¹. Por tal motivo, se realizaron en este caso diferentes exploraciones radiológicas, como la urografía intravenosa, en la que se descartó la presencia de un proceso infeccioso de riñón y vías urinarias. Asimismo, se realizaron estudios

Tabla I. CAUSAS DE GAS EXTRAPERITONEAL *

- Abscesos
- Perforaciones
- Traumatismos
- Yatrogenia
- Neumatosis intestinal
- Rotura vesicular en colecistitis enfisematosa
- Neumomediastino

* Tomada de Calenoff¹.

Tabla II. ENFERMEDADES ACOMPAÑANTES A NEUMOPERITONEO ESPONTANEO *

- Úlcera péptica
- Tuberculosis pulmonar
- Neumatosis quística intestinal
- Postparto
- Postoperatorio
- Diverticulosis yeyunal
- Neumonía lobular
- Neumomediastino
- Fístula peritoneo-pulmonar
- Carcinoma gástrico
- Enteritis regional
- Megacolon con vólvulo
- Carcinoma de pulmón
- Enfisema pulmonar
- Colitis ulcerosa
- Infección por anquilostoma
- Otras (cardiopatía, apoplejía, uropatía, etc.)

* Tomada de Felson y Wiot⁵.

baritados del tubo digestivo, sin evidenciarse patología inflamatoria o perforativa.

El paciente no refería ningún traumatismo torácico-abdominal reciente ni había sido sometido a ningún tipo de exploración instrumental.

En un paciente no operado, el neumoperitoneo indica, generalmente, perforación de víscera hueca; sin embargo, hay casos esporádicos de gas libre sin perforación. Para ellos Felson y Wiot⁵ describen

* Servicio de Radiodiagnóstico. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.



Fig. 1.-a) Abdomen en vacío. Colección gaseosa retroperitoneal que diseña el espacio perirrenal bilateral.

Fig. 1.-b) Abdomen en vacío en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal. Pequeño neumoperitoneo con presencia de burbujas gaseosas en cúpula hepática (2) y retroperitoneo (1).

el término de "neumoperitoneo espontáneo sin peritonitis", en los que la presencia de gas peritoneal no es debida a un mecanismo etiológico claro.

Felson y Wiot, en una revisión de la literatura⁵, han descrito múltiples enfermedades acompañantes a dicho neumoperitoneo espontáneo (Tabla II). Algunos pacientes tenían más de una enfermedad acompañante y, por el contrario, otros no presentaban ninguna. Dichos autores abogan como posible hipótesis la salida de gas a través de la pared del tubo digestivo distendido sin que exista una clara perforación; este hecho ha sido comprobado con piezas anatómicas.

En la comunicación presentada por Chenebault² se presenta como hipótesis la posibilidad de una ruptura alveolar en pacientes agitados, en los que un esfuerzo espiratorio con glotis cerrada provoca la salida de gas hacia el espacio intersticial y, posteriormente, a mediastino, pasando de aquí a espacio subcutáneo cervical, espacio pleural y retroperitoneo. La ruptura de la pared alveolar con salida de aire al espacio intersticial y de aquí al mediastino es un mecanismo etiopatogénico que también ha sido comunicado en pacientes con diabetes cetoacidótica⁸ en los que, debido a una hiperemesis, se produce

aumento de la presión alveolar con ruptura de su pared.

El paso de aire de mediastino a espacio pleural se produce por rotura de la pleura mediastínica. El gas mediastínico a tensión puede progresar hacia cualquier localización, disecando los planos faciales de cuello, tejido subcutáneo y espacio retroperitoneal. Clásicamente, se ha descrito el paso de gas a retroperitoneo por vía posterior a través de los planos vasculares. Trabajos de Kleinman⁷ añaden una nueva vía a través del espacio extrapleural anterior, entre las inserciones diafragmáticas anteriores, disecando a lo largo de la "fascia transversalis" hacia retroperitoneo y pelvis.

Dada la normalidad de todas las pruebas realizadas, tanto clínicas como radiológicas, debemos pensar en la etiología idiopática^{3,6}, aunque es de reseñar que, al igual que en los casos de Chenebault² y Donley⁴, el paciente era joven, con alteraciones de conducta y caquético por alteración del hábito alimenticio. Sobre este punto es de reseñar el que, estudios de la ultraestructura pulmonar en ratas sometidas a un largo período de desnutrición, han demostrado un aumento en las fuerzas alveolares y una disminución en la elasticidad tisular, con menor cantidad de cuerpos lamelares en los neumocitos granulares (lugar de

almacenamiento del surfactante) y una disminución en la cantidad de mitocondrias de estas mismas células; quizás ocurran cambios comparables en el pulmón humano después de una desnutrición prolongada⁴.

Con la presentación de este caso

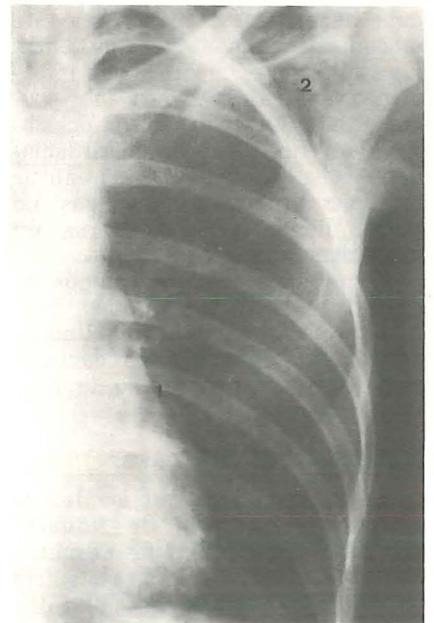


Fig. 2.—Tórax (vista localizada). Disección de planos musculares por enfisema subcutáneo (2). Gas mediastínico (1).

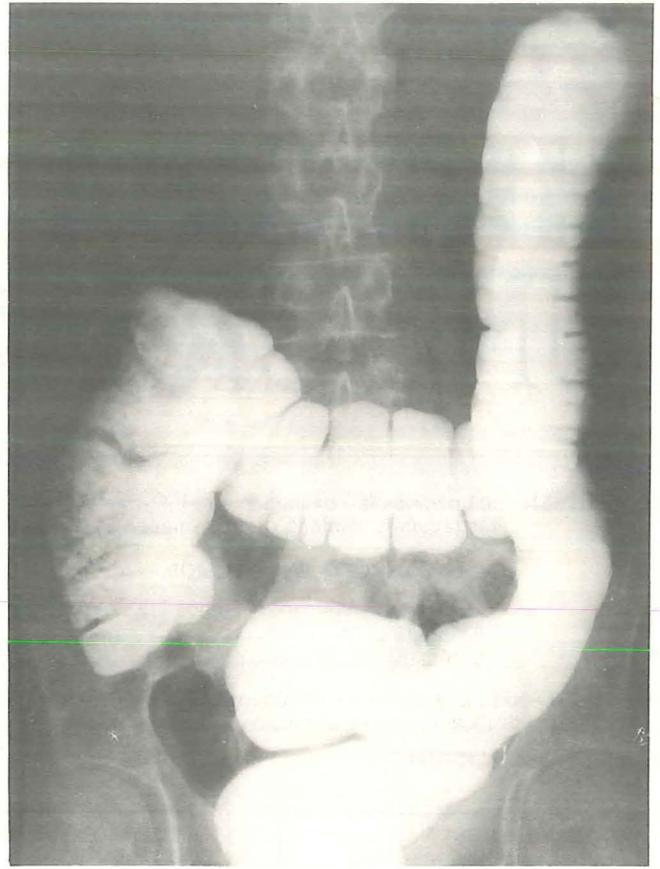


Fig. 3.—a) Radiografía con contraste de estómago e intestino delgado, que no muestra alteraciones.
b) Enema opaca, que no muestra alteraciones en colon.



Fig. 4.—Urografía intravenosa. Además del retroneumoperitoneo, se aprecian el riñón y las vías urinarias normales.

queremos resaltar que, aunque lo más frecuente es adoptar actitudes terapéuticas inmediatas (cirugía, etcétera), ante colecciones gaseosas en situación patológica, existen otros casos en los que dicha presencia es idiopática y no exige actitud terapéutica.

Bibliografía

1. Calenoff L y Poticha SM. *Combined occurrence of retroperitoneum and pneumoperitoneum*. Am J Roentgenol 117: 366, 1973.
2. Chennebault SM, Person B, Dumont AM y Alquier PH. *Neumomediastino, neumotórax, retroneumoperitoneo y neumoperitoneo espontáneos*. La Presse Medicale 64: 28-29, 1983.

3. Díez Jarilla SL, González Villarón L, Sánchez Sánchez R y De Castro del Pozo S. *Neumomediastino espontáneo*. Med Clin (Barc.) 80: 384, 1983.
4. Donley AS y Kemple TS. *Spontaneous pneumomediastinum complicating anorexia nerviosa*. Br Med J 2: 1.604-1.605, 1978.
5. Felson B y Wiot SF. *Otros aspectos del neumoperitoneo*. En "Abdomen Agudo". Editado por Felson B. Toray, S. A. Barcelona 1976.
6. Fuster Siebert M, Pardiñas Añón MC y Alvares Prechous A. *Neumomediastino espontáneo y alteraciones electrocardiográficas*. Med Clin (Barc.) 81: 276, 1983.
7. Kleiman PK, Brill PW y Whaler JP. *Anterior pathway for transdiaphragmatic extension of pneumomediastinum*. Am J Roentgenol 131: 271-275, 1978.
8. Zahler MC y Skoglund RR. *Pneumomediastinum associated with diabetic ketoacidosis*. J Pediatr 93: 529-530, 1978.

IDIOPATIC RETROPNEUMOPERITONEUM, PNEUMOPERITONEUM, PNEUMOMEDIASTINUM AND SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA. REPORT OF A CASE

Summary

We present a case of retroperitoneum, pneumoperitoneum, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in a caequetic 17 years old young man with an important depressive disorder.

Several possible etiopatogenic factors are discussed, as well as the pathways of transmission of the pulmonar, mediastinic and abdominal gas.

EUNSA

HISTORIA UNIVERSAL

CADA VOLUMEN: 500 páginas (aproximadamente). Formato: 242 x 195 mm.
Ilustraciones: láminas, croquis, mapas. Encuadernación: guaflex.

OBRA COMPLETA EN 15 TOMOS

-Volúmenes publicados: Tomos I, II*, III, VI, VII y X.
4.000 ptas. cada tomo.

-Volúmenes de próxima aparición: Tomos II**, V, IX y XII.

NOTA IMPORTANTE: EUNSA ofrece un régimen especial de suscripción que supone una importante bonificación sobre el precio de venta al público de cada tomo.

PIDA FOLLETO EXPLICATIVO

YA ESTAN A LA VENTA

Tomo I

LAS PRIMERAS CIVILIZACIONES

Hasta el año 500 a. J.C.

Luis Suárez Fernández

Tomo II*

LA ANTIGÜEDAD CLASICA

La época helénica y helenística

500 a. J.C. -30 a. J.C.

Luis A. García Moreno

DE PROXIMA APARICION

Tomo II**

LA ANTIGÜEDAD CLASICA

El Imperio Romano

30 a. J.C. -395 d. J.C.

Luis A. García Moreno

YA ESTA A LA VENTA

Tomo III

DEL MUNDO ANTIGUO

AL MEDIEVAL

395 d. J.C. a s. VIII

José Orlandis

Tomo IV

FUNDAMENTOS DE LA

CIVILIZACION EUROPEA

s. VIII - mediados s. XI

Angel Martín Duque

DE PROXIMA APARICION

Tomo V

LA CRISTIANDAD MEDIEVAL

Mediados s. XI - principios s. XIV

Luis Adão da Fonseca

YA ESTAN A LA VENTA

Tomo VI

DE LA CRISIS DEL SIGLO XIV

A LA REFORMA

S. XIV y XV

Luis Suárez Fernández

Tomo VII

RENACIMIENTO. REFORMA.

EXPANSION EUROPEA

Valentín Vázquez de Prada

Tomo VIII

LA CRISIS DEL HUMANISMO Y

EL DECLIVE DE LA

HEGEMONIA ESPAÑOLA

1550-1660

Valentín Vázquez de Prada

DE PROXIMA APARICION

Tomo IX

DEL ABSOLUTISMO

A LAS REVOLUCIONES

1660-1776

René Pillorget

YA ESTA A LA VENTA

Tomo X

DE LAS REVOLUCIONES

AL LIBERALISMO

La época de las Revoluciones

1776-1830

José Luis Comellas

Tomo XI

DE LAS REVOLUCIONES AL

LIBERALISMO

La época Romántico-Liberal

1830-1870

Josemaría Revuelta

y José Luis Comellas

DE PROXIMA APARICION

Tomo XII

LA CONSOLIDACION

DE LAS LIBERTADES

1870-1918

Gonzalo Redondo

Tomo XIII

LAS LIBERTADES

Y LAS DEMOCRACIAS

1918-1945

Gonzalo Redondo

ATLAS HISTORICO

A todo color

APELLIDOS	NOMBRE
ESPECIALIDAD	
CALLE	NUM.
POBLACION	DISTRITO POSTAL
PROVINCIA	PAIS

- Deseo suscribirme y recibir en mi dirección los 15 volúmenes de la HISTORIA UNIVERSAL a medida que vayan apareciendo.
- Me interesa recibir información más detallada sobre Historia Universal.



EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S.A.
Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Tel. (948) 25 68 50'
BARAÑAIN - PAMPLONA (ESPAÑA)