

### NEUMOPERITONEO MASIVO POR PERFORACIÓN GÁSTRICA

Zárate Geisse Ivonne<sup>1</sup>, Alvarez Lucero Natalia<sup>1</sup>, Venegas Sanchez Rodrigo<sup>1</sup>, Ellsworth Capó Katherine<sup>2</sup>, Criollo Miranda Tamara<sup>3</sup>,

(1) Int. Medicina U. de Chile. (2) Médico Cirujano, Hospital Roberto del Río. (3) Médico Cirujano, Hospital Salvador.

### INTRODUCCIÓN

El neumoperitoneo es un signo clínico poco frecuente, generalmente por patologías asociadas a perforación de víscera hueca. Se presenta con distensión abdominal, timpanismo y signos de irritación peritoneal, en peritonitis se agrega fiebre y shock. El manejo depende de la etiología, del tiempo de evolución, de la presión intraabdominal y las repercusiones hemodinámicas del paciente.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 18 años con antecedente de parálisis cerebral, epilepsia, retraso global del desarrollo psicomotor, discapacidad cognitiva severa, microcefalia, usuario de gastrostomía (GTT) de larga data, tratado en el Hospital Roberto del Río por sus condiciones neurológicas y seguimiento por especialistas. Consultó por cuadro de 4 días de evolución de dificultad para alimentarse por GTT, fiebre, distensión abdominal y constipación. Ingresó taquicárdico, afebril, saturando 82% ambiente, al examen físico con estertores bilaterales difusos, abdomen distendido, tenso, timpánico, doloroso a la palpación. Laboratorio destaca PCR: 336 y Leucocitos: 9.300; Radiografía de abdomen: neumoperitoneo masivo con signo de "Rigler o doble pared", Diafragma continuo y elevado hasta T4-T5. Paciente evolucionó rápidamente al shock por lo que se realizó laparotomía de urgencia, se evacuó abundante aire y líquido lechoso, se pesquisó perforación gástrica en curvatura menor de 2cm. lineal sin lecho ulceroso, se suturó y se realizó aseo. Paciente permaneció con laparotomía contenida con sistema VAC, requirió ventilación mecánica y nutrición parenteral. Se inició tratamiento antibiótico endovenoso (ev) triasociado. A las 48 hrs se realizó revisión y cierre de laparotomía. Evolucionó favorablemente, se extubó al 3º día, se realimentó al 4º día con buena tolerancia. A la semana presentó peak febril, elevación de parámetros inflamatorios, se realizó ecografía abdominal que mostró colección residual intrabdominal en hemiabdomen inferior de 7 por 2 cm, por lo que se mantuvo tratamiento antibiótico ev por 18 días con posterior resolución del cuadro. Paciente fue dado de alta a los 23 días de hospitalizado.

### DISCUSIÓN

La perforación gástrica se produce habitualmente por perforación de úlcera péptica, sin embargo en este caso clínico no se encontró signos de ulceración ni gastropatía, por lo que se planteó como una de las posibles hipótesis: compresión del botón de GTT sobre la pared gástrica contraria. La literatura existente describe este tipo de complicaciones en el post operatorio inmediato de la colocación o retiro de la GTT siendo el caso más tardío un año posterior a la cirugía, pero no existen casos reportados de perforación en gastrostomías de larga data.

### CONCLUSIÓN

Se han descritos múltiples causas de neumoperitoneo, la historia clínica es fundamental y muchas veces orienta a su etiología. Frente a los signos radiológicos de Rigler o Diafragma Continuo entre otros, se debe sospechar precozmente y tomar conductas oportunas frente a esta condición.