



Revista Chilena de Cirugía
ISSN: 0379-3893
editor@cirujanosdechile.cl
Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

Echazarreta-Gallego, Estíbaliz; Elía-Guedea, Manuela; Lamata de La Orden, Laura;
Millán-Gallizo, Guillermo; Navarro-Barlés, Ana; Almeida-Ponce, Helen; Córdoba-Díaz de
Laspra, Elena
Neumoperitoneo tras megacolon tóxico. ¿Es posible un manejo conservador?
Revista Chilena de Cirugía, vol. 68, núm. 1, febrero, 2016, pp. 17-18
Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345544963002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

NEUMOPERITONEO TRAS MEGACOLON TÓXICO. ¿ES POSIBLE UN MANEJO CONSERVADOR?*

Drs. Estíbaliz Echazarreta-Gallego¹, Manuela Elía-Guedea¹,
Laura Lamata de La Orden¹, Guillermo Millán-Gallizo¹, Ana Navarro-Barlés¹,
Helen Almeida-Ponce¹, Elena Córdoba-Díaz de Laspra¹

¹ Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. España.

Pneumoperitoneum after toxic megacolon. Conservative management?

Paciente de 83 años con antecedentes de hipotiroidismo, deterioro cognitivo severo, Parkinson. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por cuadro diarreico, filiado clínica y radiológicamente de megacolon tóxico (Figura 1). Se instaura tratamiento médico conservador: metronidazol intravenoso, dieta absoluta y fluidoterapia. Se realiza colonoscopia descompresiva/diagnóstica que informa de inflamación compatible con colitis isquémica. Las biopsias confirmaron el diagnóstico de ulceraciones con intensa respuesta inflamatoria superficial y profunda y angiogénesis, con inmunohistoquímica positiva para citomegalovirus. Seis días después, en un control radiológico, se objetiva importante neumoperitoneo (Figura 2), sin identificar zona de posible perforación. La paciente se mantiene estable hemodinámicamente y asintomática (no dolor, ni peritonismo) a excepción de la distensión abdominal presente al ingreso, que persiste. Dada la situación general, se desestima intervención quirúrgica y se opta por evacuación del neumoperitoneo mediante punción percutánea en región infraumbilical con Abbocath® N° 14 (Figura 3). Fue necesario repetir el procedimiento en dos ocasiones en un intervalo de



Figura 1. Radiografía simple abdominal del momento del ingreso en el que se aprecia una importante distensión colónica.

*Recibido el 11 de mayo de 2015 y aceptado para publicación el 15 de junio de 2015.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Correspondencia: Dra. Estíbaliz Echazarreta-Gallego
esti.egallego@hotmail.com



Figura 2. Tomografía computarizada abdominal. Hallazgo de neumoperitoneo y resolución de distensión colónica.

6 días. Durante ese período la paciente se mantuvo bajo cobertura antibiótica, nutrición parenteral periférica y dieta absoluta. El cultivo del mínimo exudado recogido en la segunda punción fue positivo para *E. coli* y *Candida albicans*. La paciente falleció 6 días después de la última punción.



Figura 3. Evacuación de neumoperitoneo mediante punción percutánea abdominal, previa asepsia-antisepsia cutánea.

Referencias

1. Martín Arévalo J, Calvete Chornet J, Torrico Folgado MA, Cassinello Fernández N, Camps Vilatá B, Sabater Ortí L, et al. Neumoperitoneos no quirúrgicos: una difícil decisión terapéutica. *Cir Esp.* 2000;67:292-5.