

## Neumoperitoneo a tensión \*

Dr. L. MEROLA \*\*

En agosto de 1963 tuvimos oportunidad de tratar una enferma cuya historia expondremos brevemente.

E. S. de C., 72 años de edad. Nº de Matrícula 22.465 del Círculo Católico de Obreros. Ingresó el 6 de agosto de 1963 al Sanatorio L. P. Lengua por "acidosis diabética y cuadro agudo de vientre". Desde cuatro días antes dolores abdominales, náuseas y vómitos. Se le comprobó temperatura de 38°. Tiene intolerancia gástrica absoluta, no ha tenido evacuación intestinal, pero mantiene el tránsito de gases.

Se le diagnosticó diabetes treinta años antes. Se trata con régimen y 40 U. diarias de insulina-zinc-protamina. Desde el comienzo del cuadro agudo actual no se le ha hecho tratamiento. Antecedentes de dispepsia hepatobiliar, con repetidos episodios de cólicos he-

Al examen: enferma obnubilada, muy deshidratada, y con respiración acidótica. Cetónico marcado. Temperatura,

Cardiovascular: presión arterial, 15-7 ingreso. A las pocas horas, hipotensión con máxima de 5, lo que obliga a la administración de hipertensina. Taquicardia de ritmo de

Abdomen: distendido, timpánico; duele espontáneamente de manera difusa. A la palpación, el mayor dolor en región derecha, donde hay defensa. También se comprueba dolor franco en hipocondrio epigástrico y fosa lumbar

Destacamos, entre los análisis de laboratorio, una leucocitosis de 5.100, una glicemia 2gr.10 y acetona positiva en

Los días 7 y 8 de agosto se le estudió radiológicamente, los que no muestran neumoperitoneo, y sí distensión irregular del

El día 8, en horas de la tarde, vemos primera vez a la enferma: presenta una distensión timpánica abdominal, y se halla grave. Se nos exhiben las placas que se muestran, y que han sido tomadas una hora

Con el objeto de poder movilizar a la enferma hasta la mesa operatoria, y para su precaria ventilación pulmonar, tres o cuatro trocares a través de la abdominal, los que dan salida a gran de gas inodoro. Se coloca sonda

Realizamos la intervención asistidos por el Dr. Martino y el practicante B. Valcárcel. Anestesia: local y Presuren (Dr. Gibert).

Aún había un abundante neumo remanente; se aspiraron cantidades enormes de líquido bilioso; se comprobó una gran perforación en la cara anterior del duodeno.

Se cierra la úlcera con puntos de algodón. Se lava con abundante suero el peritoneo, y se drena el Douglas y la fosa subhepática.

La evolución fue muy buena, prácticamente en apirexia, y se consiguió controlar bien su diabetes. Hemos seguido más de dos años a esta paciente: no sufre, y su estado general es excelente.

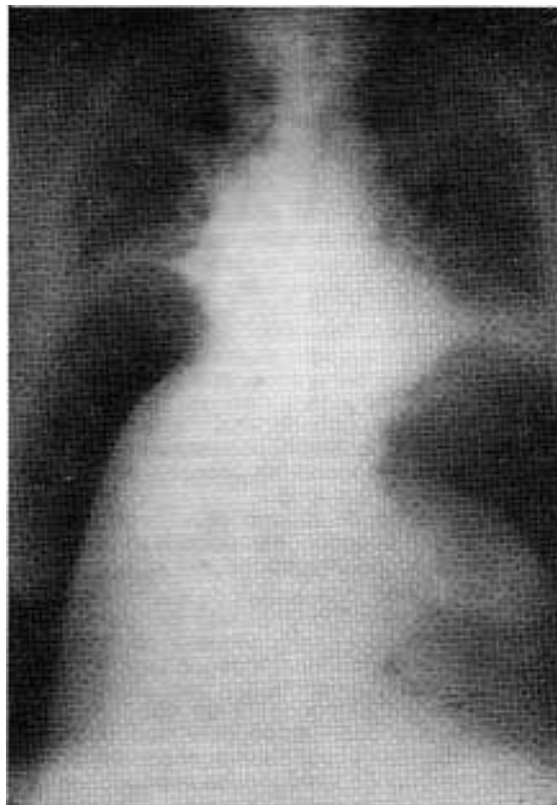


FIG. 1.—Radiografía de abdomen. Frente de pie.

\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 25 de mayo de 1966.  
\*\* Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.



FIG. 2.—Radiografía de abdomen.  
Perfil de pie.

La historia que hemos suscintamente referido, no permite aclarar el momento en que se produjo en esta enferma la perforación de su úlcus duodenal, pero sí per-

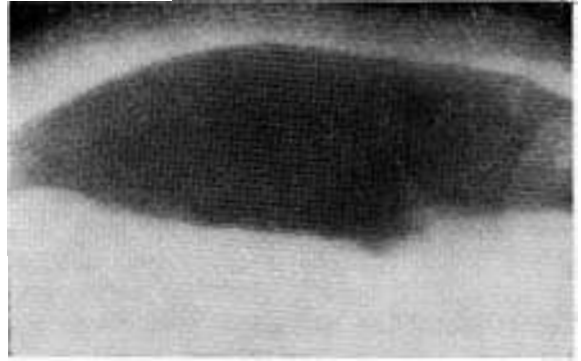


FIG. 3.—Radiografía de abdomen.  
Perfil decúbito.

mite afirmar, al existir controles radiológicos repetidos que el neumoperitoneo se produjo en las últimas horas.

La documentación radiológica que se muestra nos exime de mayores comentarios. La etiología de tan marcado neumoperitoneo era en este caso la más común: la perforación de un úlcus gastroduodenal.

## RESUMEN

Se presenta una observación de neumoperitoneo a tensión, por úlcus perforado, que debió ser puncionado antes de la intervención quirúrgica. Se mejoró así el grave cuadro de insuficiencia respiratoria, que hacía imposible el tratamiento activo.