

NEUMOPERITONEO A TENSION (*)

Dr. Alberto Valls

16-II-56. Antecedentes: dispepsia de tipo ulceroso.

Esta mañana dolor intenso brusco en epigastrio, con irradiaciones a todo el vientre, que motivó que se arrojara al mar. Por la tarde, comprobado que tenía un cuadro agudo de vientre es enviado al Hospital Pasteur.

Examen: enfermo dolorido, pulso 120, P.A. 10, cianótico disnéico. Abdomen globuloso, tenso, doloroso en forma difusa, timpánico.

Radiografía; gran neumoperitoneo.

Se hace transfusión de 500 cc.

Operación. Anestesia local Novocaína al 1%. Dr. Valls, Dr. Acosta. Incisión transrectal derecha supraumbilical. Primero se hace pequeña incisión peritoneal por la que escapa el aire en forma progresiva en gran cantidad. Se abre más el peritoneo, a nivel de la 1a. porción del duodeno en cara anterior, se ve una gran perforación de 2 cms. de diámetro, a través de la cual se ve el píloro, que presenta movimientos rítmicos de pistón, abriéndose en el momento de propulsión intra-duodenal, momento en que vierte al duodeno y al peritoneo una cantidad importante de gases y líquidos. Cierre de la perforación en dos planos, evacuación y lavado de peritoneo, drenaje local y en el Douglas.

Post operatorio excelente. Alta a los 8 días.

Este caso neumo peritoneo a tensión, tema muy bien descrito por el Prof. del Campo (1) es interesante porque mostraba en el acto operatorio el mecanismo de expulsión activa del píloro y canal pilórico de los gases hacia el duodeno y peritoneo, creando un neumoperitoneo a tensión, que por la elevación de los diafragmas provocaba una insufi-

(*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 12 de abril de 1961.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

ciencia respiratoria y perturbaciones cardiovasculares. El tratamiento correcto es primero la decompresión progresiva por una pequeña incisión o punción, y después el tratamiento de la perforación.

