

Neumomediastino y enfisema subcutáneo por perforación iatrogénica de colon*

Drs. JAVIER PÁRAMO Z.¹, GHADA HOUSARI M.¹, SARA CORRAL M.¹, RAQUEL LATORRE F.¹, NATACHA APENTCHENKO¹, MARIANA GONZÁLEZ Z.¹, TERESA POZANCOS¹, FRANCISCA GARCÍA-MORENO N.¹, PEDRO CARDA A.¹, EDUARDO LOBO M.¹

¹ Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Pneumomediastinum and mediastinal emphysema. Colon perforation

Presentamos un caso de neumomediastino y enfisema subcutáneo tras la realización de una colonoscopia, realizada en el contexto de estudio de anemia ferropénica, con perforación de colon secundaria a barotrauma a nivel de una neoplasia de ciego.

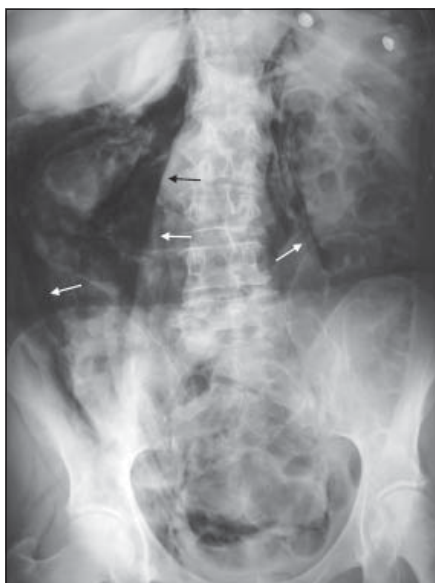


Figura 1. Enfisema subcutáneo y retroneumoperitoneo.

En la radiografía de abdomen se evidencia importante neumoperitoneo con desplazamiento caudal del hígado, enfisema subcutáneo y retroneumoperitoneo que dibuja la silueta del músculo Psoas (Figura 1). En la radiografía de tórax importante neumoperitoneo y neumomediastino (Figura 2).

La paciente es intervenida quirúrgicamente de manera urgente mediante laparotomía exploradora donde se evidencia neoplasia de ciego perforada hacia retroperitoneo, importante enfisema a nivel



Figura 2. Neumoperitoneo y neumomediastino.

*Recibido el 12 de enero de 2011 y aceptado para publicación el 26 de marzo de 2011.

Correspondencia: Dr. Javier Páramo Z.
Calle Juan de Austria 11, 3º puerta 4. Código postal 28010, Madrid, España.
Javier.paramo@hotmail.com

de mesenterio y retroperitoneo y presencia de varias lesiones metastásicas hepáticas, practicándose hemicolectomía derecha con evolución postoperatoria satisfactoria.

Discusión

La perforación colónica tras la realización de colonoscopia, es de aproximadamente 0,2% en colonoscopias diagnósticas y de hasta un 2% en las terapéuticas¹. Los factores de riesgo para la perforación incluyen la edad avanzada, la presencia de comorbilidades médicas y la realización de procedimientos terapéuticos durante la endoscopia como la polipectomía o el uso de electrocauterio^{1,2}.

El gas retroperitoneal proviene de una perforación directa del colon o bien a través de una disecación aérea del mesenterio^{3,4}. Una vez en el retroperitoneo, el aire puede alcanzar el mediastino a través de planos fasciales, y en el caso de rotura pleural, este aire originaría un neumotórax^{4,5}. De manera alternativa el aire puede alcanzar la caja torácica secundariamente a un neumoperitoneo, a través del hiato o pequeñas fenestraciones diafragmáticas⁴.

En los casos de una perforación grande, aso-

ciación a neoplasia y signos clínicos de irritación peritoneal o inestabilidad del enfermo, el tratamiento quirúrgico es incuestionablemente de elección; puede estar justificado el manejo conservador en pacientes con pequeñas perforaciones y una buena preparación de colon⁵.

Referencias

1. Waye JD. Colonoscopy. *CA Cancer J Clin.* 1992;42:350-65.
2. Webb T. Pneumothorax and pneumomediastinum during colonoscopy. *Anaesth Intensive Care.* 1998;26:302-4.
3. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema, pathophysiology diagnosis and management. *Arch Intern Med.* 1984;144:1447-53.
4. Ho HC, Burchell S, Morris P, Yu M. Colon perforation, bilateral pneumothorax, pneumopericardium, pneumomediastinum, and subcutaneous emphysema complicating endoscopic polypectomy: anatomic and management considerations. *Am Surg.* 1996;62:770-4.
5. Schmidt GB, Bronkhorst MW, Hartgrink HH, Bouwman LH. Subcutaneous cervical emphysema and pneumomediastinum due to a lower gastrointestinal tract perforation. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3922-3.