

Peritonitis Bacteriana Difusa. Uso o no uso del Drenaje

Dr. Vicente Bozza*

Dra. María Rodríguez*

Dr. Gustavo Quintero*

Dr. Jesús Ricardo Torres**

Bozza, Vicente, Rodríguez M., Quintero G., Torres J.R. Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no uso del drenaje. Centro Médico. 1992; 38:61-63.

RESUMEN

El presente es un trabajo prospectivo y comparativo realizado en el Servicio de Cirugía I del H.M.P.C. de Caracas entre Enero de 1987 y Agosto de 1989. Se analizó y estudió un total de 35 pacientes con peritonitis difusa. Las tres causas más frecuentes fueron: apendicular, por úlcus péptico perforado y absceso tubo-ovárico. Se tomó muestra para cultivo y antibiograma en 24 pacientes, erradicamos el foco, se practicó lavado de la cavidad con solución fisiológica estéril con no menos de 10 litros y colocó drenaje en 12 pacientes; hubo un grupo de 23 pacientes en quienes no usamos drenaje, se usó combinaciones de antibióticos en un 71,4% y un solo antibiótico en un 28,6%. entre las complicaciones mencionaremos fiebre en el postoperatorio, más frecuente en pacientes con drenaje y mayor número de infecciones locales inherentes a la presencia del drenaje. La estancia hospitalaria fue menor en los pacientes sin drenaje y no se registran reingresos en ninguno de los dos grupos.

ABSTRACT

We present a prospective and comparative work, performed at the General Surgery Service I in the M.P.C.H., Caracas. A total of 35 patients with diffuse peritonitis were analyzed and studied. We found that 3 main causes were appendicitis, perforated peptic ulcer and tubo-ovarian abscess. Specimen cultures were taken during operation in 24 patients; peritoneal lavage of 10 lt. was made in all cases and drains were used in 12 patients; there was a group of 23 patients in which no drainage was left antimicrobial agents were used in combinations of 2 or 3 in 71,4% of the patients and a single one in 28,6%. Complications include post-operative fever which was found more frequent in patients with drains and there were more local infections due to the use of them. Time of hospitalization was shorter in patients without drainage and no re-admission was necessary.

PALABRAS CLAVES

Peritonitis-Peritonitis bacteriana-Peritonitis difusa-Drenaje en Peritonitis.

INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la medicina, el control de las infecciones ha sido el gran reto de los cirujanos. El Papiro de Edwin Smith (1550 A.C), en lo que concierne a la cirugía, hace referencia a diversos tipos de heridas, infecciones y su tratamiento. Los progresos hechos por cirujanos como Paré (1510-1590, Lister (1827-1912) y otros han disminuido la tasa de complicaciones infecciosas⁵. Otros progresos que permitieron la reducción de la mortalidad por infección quirúrgicas son la cirugía aséptica, la esterilización, el uso de líquidos intravenosos, transfusiones sanguíneas y una mejor anestesia. La introducción de la sulfonamidas en la década de los treinta y de la penicilina en los años cuarenta marcó una nueva era en el control de las infecciones.

En la última década aparece un gran número de antibióticos beta-lactámicos (cefalosporinas), en la búsqueda de un tratamiento a base de un solo medicamento en las infecciones por flora bacteriana mixta; su alta tasa de fracaso se debe a la falta de actividad contra anaerobios, exceptuando cefoxitin e imipenem.

Otros tratamientos usados desde la antigüedad fue el drenaje de toda cavidad abscesada, lo cual aún mantiene su vigencia.

El objetivo de este trabajo es demostrar que en los pacientes con peritonitis difusa, una vez resuelto el foco infeccioso, el lavado profuso de la cavidad y una adecuada terapéutica antimicrobiana hacen innecesario el uso de drenaje en la cavidad abdominal.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo y comparativo de 35 pacientes con peritonitis difusa que ingresaron por la emergencia del hospital "Miguel Pérez Carreño", pertenecientes al Servicio de Cirugía I durante el lapso comprendido entre Enero de 1987 y Agosto de 1989. Se analizaron variables como edad, sexo, tipo de patología, utilización o no de drenaje, cultivos obtenidos, antibioterapia, complicaciones y estancia hospitalaria.

En todos los pacientes se siguió la misma rutina que incluye eliminación del foco infeccioso, lavado exhaustivo de la cavidad con no menos de 10 litros de solución fisiológica estéril y administración de tratamiento antimicrobiano, solo o en combinación,

(*) Especialista en Cirugía General Egresado del Servicio de Cirugía I HMPC

(**) Interno Rotatorio de Post-grado del Hospital Miguel Pérez Carreño.

de acuerdo a los criterios de servicio y en ocasiones a la disponibilidad de los medicamentos en el hospital.

En los pacientes estudiados se encontró que el rango de edad oscila entre los 15 y 81 años, con una media de 36.94. El mayor porcentaje se encuentra entre los 15 y 45 años (71,3%). (Gráfico 1).

La mayoría fue del sexo masculino para un 57,14%.

En cuanto al tipo de patología, encontramos que 16 pacientes (45,99%) tenían peritonitis de origen apendicular; 10 pacientes presentaron perforación de úlcus péptico (28,6%); en 4 pacientes (11,4%) el origen fue absceso tubo-ovárico; 2 caso (5,7%) tenía perforación de asas delgadas por *Salmonella typhi*; 1 caso de peritonitis por obstrucción intestinal, 1 caso con perforación de colon por cuerpo extraño y un caso de colecistitis aguda, cada uno correspondiente a un 2,85% del total. (Tabla 1).

El uso de drenaje fue instaurado en 12 pacientes (34,28%) correspondientes a peritonitis apendicular, 4 en úlcus perforado, 1 en absceso tubo-ovárico y 1 en colecistitis aguda. En 23 pacientes (65,71%) no se colocó drenaje alguno.

Se tomó muestras en 24 pacientes para cultivo y antibiograma, con los siguientes resultados: En las peritonitis apendiculares predominó *E. Coli* y *Proteus*; en los úlcus perforados, *E. Coli*, *Peptoestreptococos* y *Klebsiella*; en los abscesos tubo-ováricos predominó también *E. Coli*. En las perforaciones espontáneas de asas delgadas encontramos *Salmonella typhi* y *E. Coli*.

En cuanto al esquema terapéutico se usó monoterapia en 10 casos con Cefotaxima; las combinaciones de 2 antibióticos fueron usadas en 12 casos, siendo los más comúnmente usados Cefalosporinas de 2a. generación más 1 aminoglucósido, Metronidazol más una cefalosporina de 3a. generación. Se empleó la combinación de tres antibióticos en 13 casos, Clindamicina, 1 aminoglucósido más Ampicilina, Clinda + Aminoglucósido + Cloranfenicol.

En ambas series, los pacientes respondieron bien al tratamiento administrado. Algunos esquemas, sin embargo, fueron modificados de acuerdo al antibiograma en casos de no haber respuesta objetiva.

En cuanto a las complicaciones, encontramos una evisceración, fiebre en el post-operatorio en el 34,78% de los pacientes sin drenaje, mientras que en los pacientes con drenaje ésta se presentó en un 41,66%. Se produjo abscesos de pared en 13,04% de los pacientes sin drenaje, y en el 16,66% de los pacientes con drenaje; las infecciones locales inherentes al uso del drenaje se evidenció con signos de flogosis en el sitio de salida del mismo, en un 41,66%.

La estadía hospitalaria en los pacientes con drenaje tuvo una media de 7.2 días mientras que en los que no tuvieron drenaje presentaron una media de 5.1 días. Se registró un caso de mortalidad en una paciente que fue llevada a pabellón en malas condiciones generales con falla de varios órganos, presentando peritonitis por gangrena vesicular.

DISCUSION

Las manifestaciones existen desde que existe la raza humana

DISTRIBUCION POR EDAD

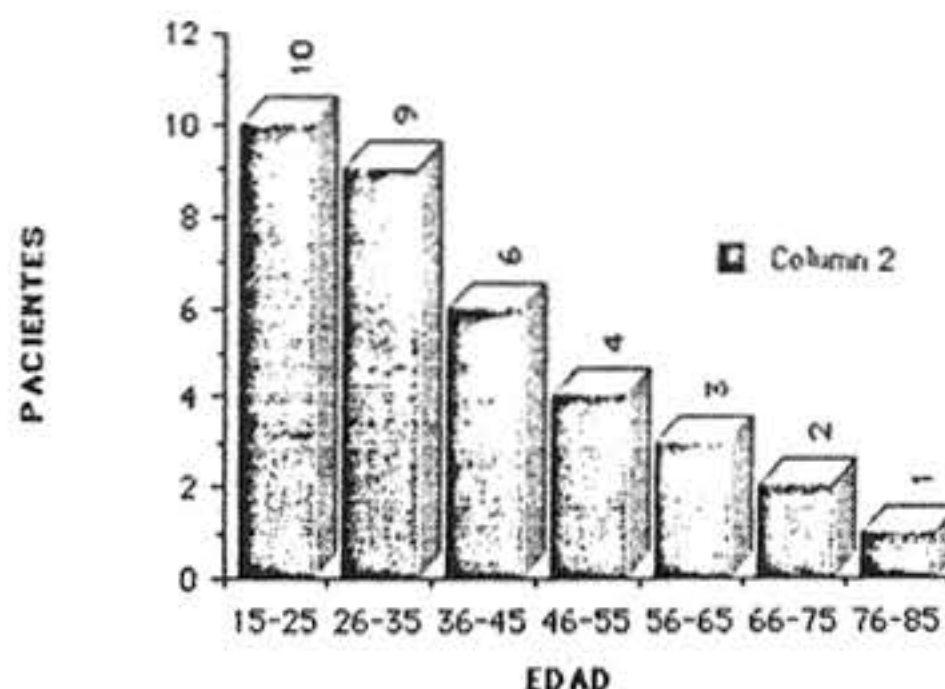


TABLA 1

Patología	Nº casos	Con drenaje	Sin drenaje
Pert. Apendicular	16	6	10
Úlcus Péptico Perf.	10	4	6
Pert. Obst. Intest.	1	-	1
Absc. Tubo-Ovárico	4	1	3
Colec. Aguda	1	1	-
Perf. F. Tiroidea	2	-	2
Perf. Colon C.E.	1	-	1
Total	35	12	23

Fuente: Archivo Historias Médicas H.M.P.C.

y la lucha por combatirla ha sido una tarea fundamental de los cirujanos. La ilustración médica más antigua se encuentra en la tumba de un funcionario real de Sa Kkara en Egipto y data de 2423-2262 A.C., en la cual aparece un médico que parece estar drenado un absceso.⁵

Los cuadros de peritonitis han sido objeto de largos y profundos estudios por parte de grupos de cirujanos de todo el mundo Aunque "peritonitis" se refiere a inflamación del peritoneo aguda o crónica por múltiples noxas, nosotros en nuestro trabajo nos referimos a inflamación aguda del peritoneo por bacterias. La inflamación de esta membrana produce respuestas secundarias endocrinas, cardíacas, renales y metabólicas.¹²

En nuestros pacientes, la patología más frecuente fue la peritonitis apendicular, y el úlcus perforado (67,4,28% entre los dos y un promedio de edad de 36,94% esto coincide con la lite-

ratura nacional como internacional. Las bacterias más frecuente aerobias fueron la E. Coli y el proteus, la Klebsiella aparece en menor frecuencia en los cultivos tomados en nuestros pacientes, en cuanto a las bacterias anaerobias se refiere; no pudimos cultivar por no contar con material para ello.

El tratamiento aplicado a nuestros paciente tiene varios puntos importantes: erradicar el foco séptico, lavado cuidadoso de la cavidad como mínimo con 10 litros de solución fisiológica, el tratamiento antimicrobiano adecuado desacuero al foco que originó la peritonitis y en todos los casos cultivar la secreción abdominal. El uso de drenaje en esta patología demostramos que no es necesario; no nos va evitar colecciones abdominales ni nos alertará ya que en 24 a 48 horas el dren en la mayoría de las veces no cumple su función.

Hay múltiples trabajos que hablan de drenaje más irrigación continua^{8,4,7,10,12} pero a nuestro parecer ya han pasado a la historia por las razones planteadas anteriormente. Entre las nuevas técnicas, vale la pena mencionar aunque no es objeto de este trabajo, la del abdomen abierto para lavado diario, facilitando el arrastre mecánico de las bacterias; claro está con sus indicaciones muy precisas, y es casi exclusivo para pacientes con múltiples reintervenciones.^{11,6,9}

CONCLUSIONES

Nuestro estudio pretende discutir la utilidad del drenaje en cavidad abdominal en pacientes con peritonitis bacteriana difusa. La razón para esto, es el hecho es de que no observamos diferencia en la evolución de los pacientes en ambos grupos. Por lo tanto concluimos que el tratamiento de esta patología incluye: erradicar el foco infeccioso, lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con solución fisiológica estéril, en cantidad no menos de litros y antibioticoterapia de acuerdo a la causa de la peritonitis

lo cual puede ser modificado según el cultivo y antibiograma en caso de que la evolución del paciente sea no sea la esperada.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, E. et al: Open Packing of the Peritoneal Cavity in Generalized Bacterial Peritonitis; American Journal of Surgery; 145; 131-135; 1.983.
2. Chrintz, H. et al: Need for Surgical Wound Dressining; Br. J. Surg.; 76; 204-205; 1.989.
3. Hallerback, B. et al: A Prospective Randomised Study of Continuous Peritoneal Lavage Postoperatively in the Treatment of Purulent Peritonitis; Surg. Gynecol. and Obst.; 163; 433-436; 1.986.
4. Harbrecht et al: earley Urgen Relaparatomy; Arch. Surg.; 119 369-374; 1.984.
5. Infecciones en Cirugía: Clínicas Quirúrgicas de Norte América; vol. 1; Edit. Interamericana; México; 1.988.
6. Jamieson, J. et al: The Sandwich Technique in the Management of the Open Abdomen; Bs. J. Surg.; 73; 369-370; 1.986.
7. Lace, W. et al: Combined Topical Povidone-Iodine an Sistemic Antibiotics in Postappendicectomy Wound Spesis; Br. J. Surg.; 73; 958-960; 1.986.
8. Lamerin et al: Ultrasound Percutaneous Drainage of Intra-Abdominal Absceses; Br. J. Surgl.; 74; 620-623; 1.987.
9. Polk, H. et al: Radical Peritoneal Debridement for Established Peritonitis; Ann. Surg.; 192; 350-355; 1.980.
10. Sarda, A. et al: Intraperitoneal Rupture of Amoebic Liver Abscess; Br. J. Surg.; 86; 202-203; 1.989.
11. Schein, M. et al: The Open management of the Septic Abdomen; Surg. Ginecol. and Obstetrics; 163; 587-592; 1.986.
12. Shuwartz et al; Surgery; Mac Graw-Hill Co.; U.S.A.; 1.984.