

CAPÍTULO 37.

ABORDAJE DE LA PERITONITIS

Rojas- Chica R., Rojas D., Serrano D., Rojas-Vallejo R.

Rubén Darío Rojas Chica 0000-0002-3932-9765 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
rubinoalfa@yahoo.com

Dóminic Martín Rojas Vallejo 0000-0002-2714-2143 

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues.
dmrv96@gmail.com

Doménica Cristina Serrano Salinas 0000-0001-5313-9127 

Médico general en libre ejercicio
domenica1193@gmail.com

Rubén Darío Rojas Vallejo 0000-0002-2736-8169 

Residente de Cirugía Hospital Homero Castanier Crespo de Azogues.
rubenrova87@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

Es importantate antes de realizar un proceso de investigacion, conocer todos los elementos sobre el tema investigado, y para ellos los conceptos son fundamentales. La membrana peritoneal se puede inflamarse de una manera general o focalizada, por una perforación así también una incursión bacteriana e irritación química o una necrosis de la zona por lesión directa, por lo cual también es denominada peritonitis. Es un diagnóstico frecuente de urgencia que dirige a sepsis y muerte. Se clasifican como primarias, secundarias y terciarias (1).

La peritonitis secundaria es la invasión de dos o más compartimientos de la cavidad abdominal por bacterias y toxinas (2).

Hay otros conceptos sobre la peritonitis primaria o espontánea y que está definida como una inflamación de la membrana serosa que cubre la cavidad peritoneal y sus órganos, causada por algún irritante o microorganismo (bacterias, virus, hongos, micobacterias, parásito), fármacos o cuerpo extraño y la peritonitis terciaria (PT) es la que persiste o es recurrente después de un tratamiento quirúrgico inicial adecuada (3).

Hay evidencia de lo que se llama peritonitis esclerosante primaria o idiopática y secundaria. Esta última asociada a la diálisis peritoneal, que es la más frecuente y publicada en cuanto a experiencia. También está relacionada a sarcoidosis, tuberculosis peritoneal, cirrosis, lupus eritematoso sistémico, etc. (4).

Consideraciones acerca de la peritonitis

- Esta entre las 10 primeras causas de ingreso en los centros de atención a pacientes con severidad.
- Causada por procedimientos postoperatorios son las complicaciones más frecuentes y graves en la postcirugía.
- La elevada morbilidad induce una regresión del progreso quirúrgico, en ocasiones, puede desencadenar la mortalidad del paciente.
- La peritonitis postoperatoria tiene una mortalidad del 22 al 55%, en mayor proporción provocada a una perforación franca de una víscera intrabdominal que esta entre un 11 - 29% (5).

Pronóstico de la peritonitis

El pronóstico está influenciado por los siguientes factores:

- Edad.
- La inmunidad.
- Estado físico.
- Comorbilidades asociadas.
- Modificaciones en los signos clínicos, biológicos y radiológicos.
- Factores que originan la peritonitis, la disfunción múltiple de órganos (DMO).
- Factores vinculados al proceso quirúrgico.
- El entorno de los agentes bacterianos provocador de peritonitis.(6).

Criterios	Valor en puntos
50 años o mas	5
Género femenino	5
Fallo multiorgánico	7
tiempo de más de 24 horas	4
Origen no colónico	4
Peritonitis generalizada	6
Tipo de líquido encontrado	
Claro	0
Purulento	6
Fecal	12
Presencia de tumor o cancer	4

Tabla 1. Criterios del índice pronóstico de mannheim (ipm). (Tomado de Benítez E, Galli V, Jara , Miranda A, Morel , Olazar L, et al. *Complicaciones y mortalidad por peritonitis: un estudio transversal: Complications and mortality for peritonitis: a transversal study. Medicina Clínica y Social. 2018; 2(1): p. 6-12).*

Fisiopatología de la peritonitis

Tanto la fisiopatología como el tratamiento de la peritonitis han evolucionado con el tiempo, esto ha permitido reconocer a la flora bacteriana aeróbica y anaeróbica como factores desencadenantes de las manifestaciones locales y sistémicas que se desarrollan posteriores a la infección abdominal. Estos factores pueden desencadenar una falla multiorgánica por la cantidad de eventos celulares que causan una respuesta inflamatoria sistémica (7).

En nuestro país esta patología es de las principales causas de morbimortalidad en los años 2016 y 2017, se registró 38.533 casos de peritonitis, conquistando el primer lugar de mortalidad del año 2014. A si mismo la apendicitis aguda es la habitual causa de peritonitis, sobre todo cuando no hay tratamiento oportuno provocando que 3 de cada 5 casos de apendicitis termine en peritonitis, predominando el género masculino, en esto radica su importancia e incidencia (8).

En el presente trabajo de investigación, se tratará de abordar lo más actualizado que se encuentre en la literatura médica y científica, acerca de la peritonitis en sus diferentes clasificaciones, en lo que tiene que ver al diagnóstico y tratamiento, y otros factores de relevancia que haya que hacer referencia.

II. DIAGNÓSTICO

Está enfocado primordialmente en la clínica; la búsqueda escrupulosa del dolor abdominal de los signos y síntomas de irritación peritoneal. Cuando el cuadro peritoneal se manifiesta debe valorarse individualmente, ya que el progreso de la patología cambia según cada paciente independientemente. Los casos de perforaciones gástricas y generalmente progresivo e calumnioso en lesiones que no presentan perforación (1).

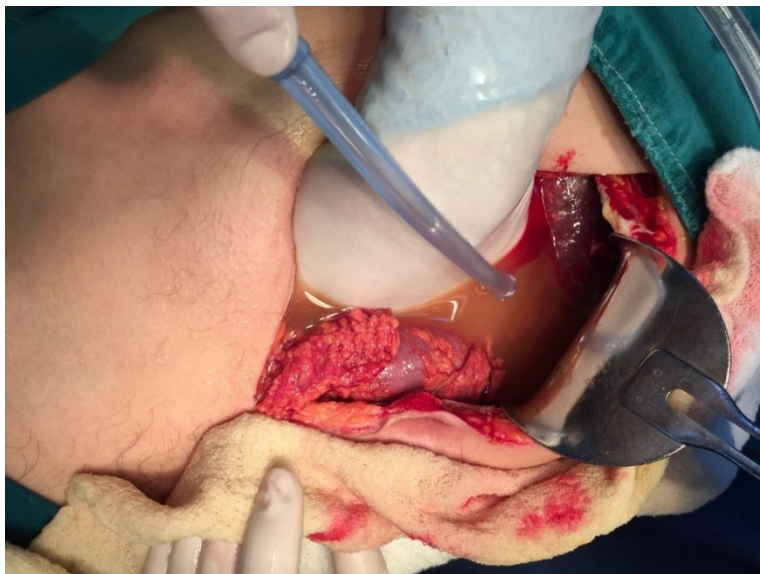


Imagen 1. Peritonitis en cavidad abdominal. Material purulento (*Cortesía de Rojas Chica, R.D. Especialista en Cirugía General. Jefe Departamento de Emergencia. Hospital Homero Castanier Crespo*).

Diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) / peritonitis bacteriana secundaria (PBS)

En cuanto al laboratorio es primordial el examen del líquido ascítico, que se obtiene por una paracentesis diagnóstica. Es así porque la clínica no da la bastante claridad diagnóstica para diferenciar los tipos de peritonitis.

Elementos a considerar en el diagnóstico de PBE y PBS

- Balance de >250 PMN/ μ L en el líquido ascítico.

El diagnóstico de la PBS se fundamenta en:

- Recuento de >10.000 PMN/ μ L en el líquido ascítico.
- Proteínas totales mayor a 10g/.
- Glucosa <50 g/dL en líquido ascítico.
- Diferencia seroascítica de albúmina $<1,1$.
- Carácter polimicrobiano de la infección.
- LDH dominante del líquido ascítico (más que en sangre periférica).

- Cultivo del líquido ascítico en frascos de hemocultivo, esto no condiciona el diagnóstico porque tiene un elevado porcentaje de casos negativos por la concentración de bacterias del líquido suele ser baja, con mayor incidencia en la PBE. Sin embargo, si el resultado es positivo facilitaría el uso de antibióticos como objeción a la pauta inicial no sea adecuada.
- El líquido ascítico suele ser $<1\text{g/dL}$, sin embargo, este dato no es necesario para confirmar el diagnóstico de PBE

Agentes infecciosos comprometidos con mayor frecuencia:

- PBE: gram -, con gran predominancia de E. Coli. Se aísla más bacterias gram +, sobre todo S. Aureus, vinculándose con las PBE nosocomiales.
- PBS: infección multimicrobiana derivada por Gram – aerobios, el E. Coli y anaerobios, prevaleciendo Bacteroides Fragilis (9).

En la peritonitis esclerosante primaria o secundaria, el diagnóstico se puede realizar mediante video endoscopia o TC de abdomen y pelvis (4).

1. Síntomas o características clínicas.

Peritonitis primaria:

- Dolor abdominal.
- Vómitos.
- Reflujo gastro esofágico.
- Baja de peso y obstrucción intestinal.

Peritonitis secundaria:

Aparte de los síntomas descritos en la primaria:

- Hemoperitoneo.
- Falla de ultrafiltración.
- Peritonitis a repetición (4).

Peritonitis terciaria

- Fallo multiorgánico.
- Hipotensión arterial.
- Presión arterial sistólica $<90\text{mmHg}$.
- Insuficiencia respiratoria (con una $\text{PaO}_2 \leq 60\text{mmHg}$).
- Insuficiencia renal (creatinina sérica $>2\text{mg}/100\text{mL}$ y/o sangrado intestinal $(>500\text{ mL}/24\text{h})$ (3).

III. TRATAMIENTO

Tratamiento empirico de amplio espectro, expansion con albumina como prevencion del sindrome hepatorenal y evaluacion de la respuesdta al tratamiento, son indicados para peritonitis bacteriana espontanea. La antibioticoterapia esta constituida por: cefotaxima IV (2g/12h), Ceftriaxona IV (1-2g), Amoxicilina-Clavulanico (1g/8h IV seguido de 500 mg/12h), Ofloxacino VO en PBE no complicada (400mg/12h), Cirpofloxacino (200mg/12h/7d IV seguido de 500mg/12h VO). La duracion minima de esteb tratamienbto es de 5 dias

Peritonitis primaria

Se debe iniciar con tratamiento antimicrobiano, el cual es generalmente satisfactorio a las 48 horas, cuando se observa un descenso de leucocitos en el liquido ascitico.

Peritonitis secundaria

Es el quirurgico, ya que este procedimiento frena la liberacion de las bacterias y sus adyuvantes en la cavidad peritoneal, aparte de limitar la perpetuacion del sindrome de respuesta inflasmatorias sisternica antes del fallo multiorganico. La antibioticoterapia administrada es sencilla ya que se requiere frenar la actividad del E. coli y a Bacterioides spp.

Ahondando un poco mas sobre el tratamiento quirurgico en la peritonitis secundaria
El resarcimiento (controla el origen de la infeccion). (10)

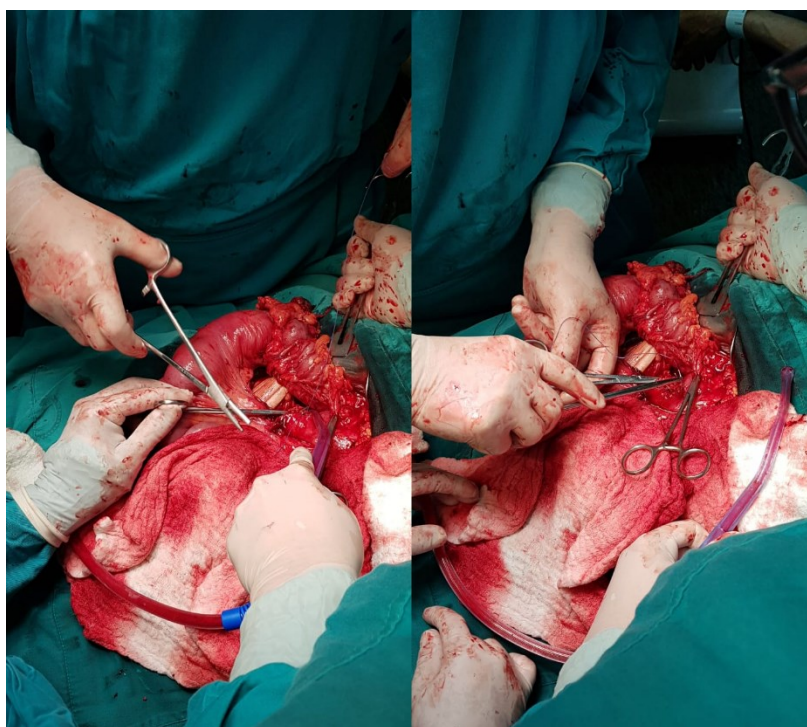


Imagen 2. Colon ascendente: Reparación con puntos de sutura el foco de la Peritonitis en cavidad abdominal. (*Cortesía de Rojas Chica, R.D. Especialista en Cirugía General. Jefe Departamento de Emergencia. Hospital Homero Castanier Crespo*).

- a) Drenaje (evacua los inóculos bacterianos).
- b) Descompresión (por causa del síndrome compartimental).
- c) El control (prevención y tratamiento de la infección).

Todo se apoya en medidas de soporte ayudando al control de un síndrome hipovolémico, shock, oxigenación; la terapia antibiótica, el tratamiento eficaz del fallo multiorgánico, y el régimen de una nutrición adecuada para cada paciente (16)

Peritonitis terciaria

El tratamiento indicado es el quirúrgico, ya que el tratamiento antibiotico no lo sustituye y no esta justificado su administracion por tiempo prolongado, ya que puede prolongar la prliferacion de bacterias (3).

- Otros estudios confían que realizar una laparoscopia es la Glucosa <50g/dL en líquido ascítico.
- Glucosa <50g/dL en líquido ascítico.

Técnica perfecta para el tratamiento quirúrgico del abdomen agudo, la presencia de un foco peritoneal no induce al crecimiento de la morbilidad postcirugía, siendo el tratamiento ideal de pacientes con apendicitis (obesidad), colecistitis y una perforación de víscera hueca (1).

La laparoscopia es tanto eficaz como muy segura como tratamiento en pacientes con peritonitis, e incluso en algunos casos de diagnóstico, ya que se elimina la opción de realizar una laparotomía exploratoria y los riesgos asociados que esta trae consigo, sin embargo, no hay que olvidar que el éxito de los procedimientos depende en gran medida de las habilidades y experiencia del cirujano, sumándole a esto las nuevas tecnologías en cuanto a equipos para realizar estos procedimientos (11).

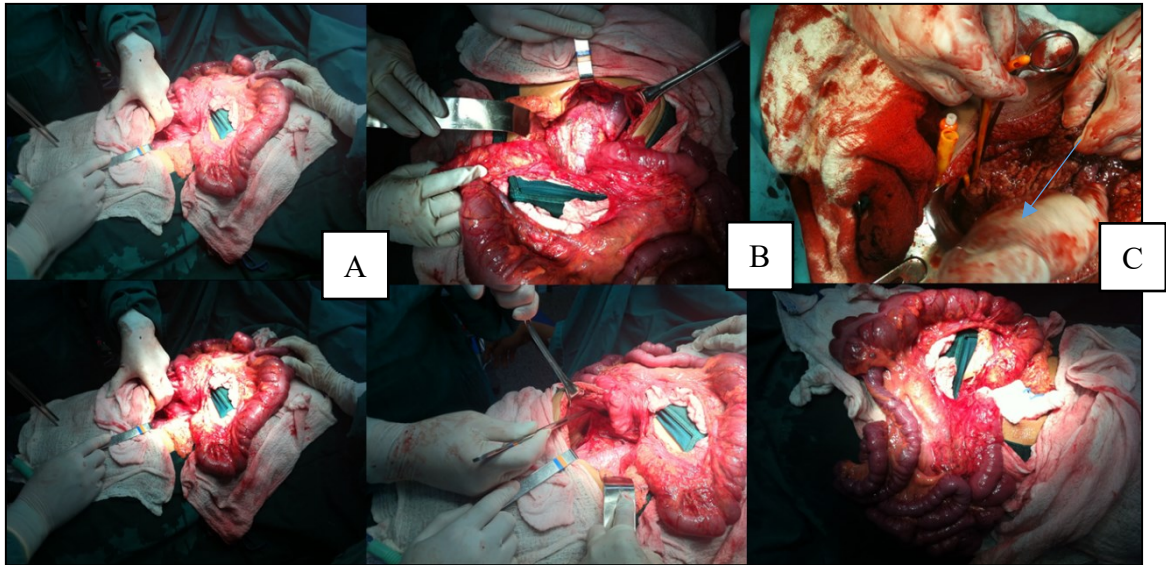


Imagen 3. Cirugía de peritonitis secundaria: A y B exposición del marco Colónico del intestino grueso. C: Fecha: perforación de la pared del colon en la su porción descendente, (Cortesía de Rojas Chica, R.D. Especialista en Cirugía General. Jefe Departamento de Emergencia. Hospital Homero Castanier Crespo, 2017).

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Becerra Coral LE, Gomez Ceron LN, Delgado Bravo AI. Peritonitis manejada por laparoscopia como método terapéutico eficaz. Revista de Gastroenterología del Perú. 2018; 38(3): p. 261-264.
2. Benítez E, Galli V, Jara , Miranda A, Morel , Olazar L, et al. Complicaciones y mortalidad por peritonitis: un estudio transversal: Complications and mortality for peritonitis: a transversal study. Medicina Clínica y Social. 2018; 2(1): p. 6-12.
3. Ballús Noguera J, Gurgui Ferrer M. Factores de riesgo y mortalidad a corto plazo en pacientes con peritonitis secundaria y terciaria: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016.
4. Rojas J, Benavides C. Peritonitis esclerosante primaria y secundaria. Estudio comparativo. Revista de cirugía. 2019; 71(5): p. 412-424.
5. Valdivia García L, Morera Pérez M. Estudio de pacientes ingresados por peritonitis en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018; 17(1): p. 91-102.
6. Pérez LR, Morgado MR, Mantilla NG, Batista MS, Alfonso IM, Parrado JP. Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con peritonitis secundaria hospitalizados en la unidad cuidados intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2016; 15(2): p. 16-33.
7. Mesa Izquierdo O, Ferrer Robaina H, Mora Batista R, Matos Ramos YA, Travieso Peña G. Morbilidad y mortalidad por peritonitis secundaria en el servicio de cirugía. Revista Cubana de Cirugía. 2019; 58(2).
8. Condor Delgado RJ, Cáceres Mancheno LJ. Cuidados de Enfermería en pacientes con Peritonitis. Ecuador, 2018. ; 2019.
9. Zanoguera CG. Diagnóstico diferencial entre peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y peritonitis bacteriana secundaria (PBS), tratamiento y profilaxis PBE. ; s.f.
10. Vergara JSC, Vera RVM, Flores KLF, López IMC. Laparotomía por peritonitis secundaria. RECIMUNDO. 2020; 4(4): p. 94-101.

11. Chica RDR, Cumbe JCO, Crespo APC, Yumbra AM, Vallejo RDR, Gonzales DBV, et al. Laparoscopia como método diagnóstico en pacientes con trauma abdominal, en un hospital de segundo nivel durante los años 2007-2017. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2017; 36(5): p. 206-210.
12. Arévalo Pinto V, García Gonzales. EFICACIA DE LOS ANTIBIÓTICOS EN PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL. ; 2018.
13. Saavedra More CJD, Chávez Mejía CC. Características del uso de antimicrobianos en pacientes post operados por peritonitis en un hospital privado durante el periodo 2017–2018. ; 2019.
14. Muñoz Pardo R. Peritonitis bacteriana espontánea en cirróticos. ; 2020.
15. Sierra RE, Porro Abdo , Guindo González VL, Soto J. Mortalidad por peritonitis secundaria en la unidad de terapia intensiva. Revista Cubana de Cirugía. 2018; 57(4).
16. Rojas Chica RD. Caso clínico. Azogues: Hospital Homero Castanier Crespo, Departamento de Emergencia; 2017.