

Hospital Militar Docente "Doctor Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba

## RELAPAROTOMÍA DE URGENCIA POR PERITONITIS SECUNDARIA

*Dr. Rafael Rodríguez Ramírez,<sup>1</sup> Dr. Manuel de Jesús Peña Arañó,<sup>1</sup> Dr. Abel Blanco Milá,<sup>2</sup> Dr. Pedro Luis González Rondón,<sup>1</sup> Dr. Juan Francisco Puertas Álvarez<sup>1</sup> y Dr. José Manuel Goderich Lalán<sup>3</sup>*

### RESUMEN

Se realizaron 94 relaparotomías de urgencia en 68 pacientes con peritonitis secundaria, efectuadas durante el trienio de 1993 a 1996 y para cuya ejecución fueron decisivos los criterios clínico, humoral e imagenológico. La peritonitis difusa resultó ser el hallazgo quirúrgico más frecuente y desencadenante de disfunción múltiple de órganos y sistemas. Se exponen las modalidades del tratamiento quirúrgico, con la reapertura abdominal urgente como denominador común, y se relacionan con el estado al egreso, que destacó una elevada letalidad específica cuando se utilizó el método abierto y una alta mortalidad en general.

Descriptores DeCS: LAPAROTOMIA/métodos; PERITONITIS/cirugía; COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS/cirugía.

Hace muchos años se describió el proceso denominado actualmente peritonitis, que ya había sido citado por *Water* en 1785. A principios del presente siglo, la mortalidad por esta afección no era despreciable y así se mantuvo a pesar de los adelantos científicos alcanzados en las primeras décadas.<sup>1,2</sup>

Progresivamente, los resultados de numerosos estudios fueron repercutiendo en el tratamiento de esa inflamación, entre ellos los de *Prince*, quien demostró que el desbridamiento y lavado de la cavidad peritoneal en pacientes con apendicitis

complicada era eficaz, como también continuaron apoyando otras técnicas que respondían a 3 principios básicos: drenaje de focos sépticos, desbridamiento de tejidos esfacelados y prevención ininterrumpida de la reacumulación de la sepsis.<sup>3,4</sup>

Lógicamente, lo idóneo es actuar sobre el foco causal lo más tempranamente posible, y tratar de impedir que el enfermo empeore y la reintervención se convierta en una medida desesperada;<sup>5</sup> sin embargo, el diagnóstico no suele establecerse con facilidad, pues los síntomas y signos aparecen enmascarados por la ope-

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar y Consultante.

<sup>3</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular.

ración anterior y se tornan confusos y sutiles;<sup>6,7</sup> por lo cual se impone basarse en otros datos aportados por diversos exámenes, aunque algunas reintervenciones se practican a ciegas con el argumento de que es mejor "mirar y ver, que esperar para ver".

## MÉTODOS

Se hizo un estudio transversal y retrospectivo de 68 pacientes, a los cuales se les realizaron 94 relaparotomías de urgencia en el Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde enero de 1993 hasta igual mes de 1996, por haberse complicado con una peritonitis secundaria residual o posoperatoria.

Se excluyeron los enfermos tratados con las técnicas de abdomen abierto o laparotomía secuencial programada, o ambas, sin reoperación urgente, y las reintervenciones por evisceración.

Se consideró como relaparotomía de urgencia la efectuada en el término de los 2 meses posteriores al acto quirúrgico primario.

Los datos de interés para la investigación se extrajeron de las historias clínicas correspondientes, en tanto que para vali-

dar estadísticamente los resultados se aplicó la prueba de chi cuadrado de independencia.

## RESULTADOS

Se ejecutaron en total 3 638 laparotomías y 94 relaparotomías de urgencia, estas últimas por peritonitis secundaria en 68 pacientes, para un índice de reintervención de 2,6 %; de ellas, 67 fueron positivas (71,3 %) y en 14 enfermos la intervención inicial se llevó a cabo en otros centros hospitalarios. En las 3/4 partes de la serie (tabla 1), la primera operación tuvo un carácter urgente (56 de 68), con predominio de la cirugía gastrointestinal.

Más de la mitad de los operados (69,2 %) sufrió perforación traumática de vísceras huecas, con primacía de las reintervenciones en los 19 que ya habían experimentado resecciones del colon. En la tabla 2 se muestra que hubo una menor supervivencia cuando transcurrieron 11 y más días antes de proceder a la reoperación (51,9 %) y que el saldo fue mucho más favorable (88,9 %) cuando se esperaron apenas de 0 a 3 días para repetir el acto quirúrgico.

La leucocitosis con desviación izquierda se detectó en 81 ocasiones, en 5 de las

TABLA 1. Condiciones de la cirugía inicial según el tipo de operación

Condiciones	Tipos de operación								Total No. %	
	Gastro-intestinal		Ginecológica		Traumática		Hepatobilio-pancreática			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Con peritonitis	22	73,0	14	77,8	13	100,0	6	86,0	55	80,9
Sin peritonitis	8	27,0	4	22,0			1	14,0	13	19,1
– Electiva	8		3		–		1		12	
– Urgente			1		–		–		1	
Total	30	44,0	18	27,0	13	19,1	7	10,0	68	100,0

Fuente: Historias clínicas.  
p < 0,05.

TABLA 2. *Tiempo hasta la primera reintervención y estado al egreso*

Tiempo (días)	Estado al egreso				Total	%
	Vivos	%	Fallecidos	%		
0 - 3	8	88,9	1	11,1	9	13,2
4 - 6	13	92,9	1	7,1	14	20,6
7 - 10	10	55,6	8	44,4	18	26,5
11 y más	14	51,9	13	48,1	27	39,7
Total	45	66,2	23	33,8	68	100,0

Fuente: Historias clínicas.  
 $p < 0,05$ .

TABLA 3. *Criterios de reintervención según resultados de las relaparotomías*

Criterios	Relaparotomías				Total	%
	Positivas	%	Negativas	%		
Clínico-humoral-imagenológico	28	77,8	8	22,2	36	38,3
Clínico-humoral	20	74,1	7	25,9	27	28,7
Clínico-humoral-radiográfico	13	65,0	7	25,0	20	21,3
Clínico-radiográfico	5	55,6	4	44,4	9	9,6
DMOS	1	56,0	1	50,0	2	2,1
Total	67	71,3	27	28,7	94	100,0

Fuente: Historias clínicas.  
 $p < 0,05$ .

cuales se encontró leucopenia. El leucograma, que devino la prueba más indicada, coincidió en 62 de los casos con reexploraciones positivas.

De 24 pacientes con disfunción múltiple de órganos y sistemas (DMOS), 18 fallecieron por alteración de las funciones respiratoria, cardiocirculatoria, hepática, renal y digestiva, en ese orden de frecuencia.

En la tabla 3 se aprecia que el criterio clinicohumoral, corroborado mediante examen imagenológico, fue el más efectivo en cuanto a la decisión para reabrir el abdomen en 36 oportunidades, y que en 28 de éstas se confirmó el diagnóstico previamente planteado.

La mortalidad fue de 33,8 %, atribuible fundamentalmente a bronconeumonía, sepsis generalizada y daño multiorgánico.

## DISCUSIÓN

Cuando la cirugía inicial garantiza la satisfactoria eliminación de la causa de la peritonitis, la diferencia sustancial que se logra en el índice de mortalidad varía desde 14 % si se consigue en la primera exploración hasta 64 % si se requieren más reoperaciones.<sup>8</sup> Los traumatismos abdominales han aumentado como lesión inicial y la relaparotomía suele hacerse más tempranamente en aquellas personas que han sufrido una perforación intestinal.

En los resultados influye la conducta asumida ante las complicaciones, pues se señala que las consecuencias de una técnica aplicada en la peritonitis se derivan más de la gravedad de la infección que de la propia naturaleza del proceder.<sup>9</sup>

Un análisis de la inmunidad específica en individuos con sepsis intraabdominal indicó que el incremento del nivel de anticuerpos era menor en los que tenían de 61 a 70 años en contraste con los de 10 a 40, lo cual demuestra que el buen estado del sistema inmune constituye una garantía para la respuesta efectiva al tratamiento, incluso ante formas agresivas de peritonitis.<sup>10</sup>

El recuento de leucocitos posee un valor muy poco predictivo, puesto que su número es igualmente elevado en personas sin sepsis recurrente; además, la peritonitis provoca una leucocitosis que persiste durante un tiempo variable en el período posoperatorio, en virtud de la influencia de diversos factores.<sup>11</sup>

Los criterios de la reintervención continúan siendo controvertidos entre cirujanos e intensivistas, sobre todo a partir del precario estado del enfermo y de la ausencia del cuadro característico de abdomen agudo.

Por tales razones adquiere cada vez mayor importancia la valoración clínica minuciosa ante la cama del paciente y no la confianza ciega y desmesurada en los exámenes por imágenes de otro tipo. La función del médico no ha dejado de ser aún más trascendente que la de los sistemas de monitoreo y diagnóstico que rodean al afectado.

## SUMMARY

94 urgent relaparotomies were performed among 68 patients with secondary peritonitis from 1993 to 1996. The clinical, humoral and imaging criteria were decisive to carry out this procedure. Diffuse peritonitis proved to be the most frequent surgical finding causing multiple dysfunction of organs and systems. The modalities of surgical treatment are exposed, with the urgent abdominal reopening as denominator, and they are related to the discharge status. An elevated specific lethality was observed when the open method was used. There was also a high mortality in general.

*Subject headings:* LAPAROTOMY/methods; PERITONITIS/surgery; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS/surgery.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hedber SE, Welch LE. Peritonitis supurada con abscesos importantes. En: Problemas quirúrgicos graves. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1985:463-507.
2. Fry DE. Determinant of death in patients with intraabdominal absceses. World J Surg 1980;88:495-517.
3. Gómez AA. Algunos aspectos actuales en la sepsis de origen abdominal. Rev Esp Apar Dig 1981;59(5):569-88.
4. Maddaus MA, Ahrenholz D, Simmons RL. Biología de las peritonitis y sus aplicaciones en el tratamiento. Clin Quir Norteam 1989;1(2):66-77.
5. Hinsoale JG, Jaffe MB. Reintervención por sepsis intraabdominal. Ann Surg 1984;199:3-36.
6. Pusajó JF, Bumaschpy E, Doglio GR, Cherpusky. Postoperative intraabdominal sepsis requiring reoperation. Value of predictive index. Arch Surg 1993;128:218-23.
7. Krivitski DI, Shuliaranko VA, Babin IA. Indications for relaparotomy. Klin Khir 1990;(1):18-21.
8. Mitsura DI. Relaparotomy in patients with perforated gastric and duodenal ulcers. Chirugi Mosk 1992;(2):30-5.
9. Kiser S, Gordon PH. The staple funcional end-to-end anastomosis following colonic resection. Int J Colorectal Dis 1992;7(3):125-31.

10. Perfiliev DF. Specific immunity in patients with inflammatory diseases of the abdominal cavity. *Khirurg Mosk* 1992;4:44-7.
11. Babin IA, Koval Chuck AZ. The use of relaparotomy in emergency surgery. *Klin khir* 1993;(4):34-7.

Recibido: 10 de octubre de 1998. Aprobado: 14 de diciembre de 1998.

Dr. *Rafael Rodríguez Ramírez*. Hospital Miliar Docente "Doctor Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.