

Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo»

## Experiencias con el lavado peritoneal programado en las peritonitis difusas

Dr. Antonio Pacheco González,<sup>1</sup> Dr. Juan Carlos Barrera Ortega,<sup>2</sup> Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,<sup>3</sup> Dr. Ernesto A. Pacheco Díaz,<sup>4</sup> Dr. Jesús Valdés Jiménez<sup>5</sup> y Dr. Kai Cheng Hung<sup>6</sup>

### RESUMEN

La peritonitis generalizada es un problema complejo caracterizado por una alta mortalidad. Han existido diferentes métodos para su tratamiento, entre los cuales el lavado quirúrgico programado es una opción a tener en cuenta. Nos propusimos mostrar nuestras experiencias en una serie de pacientes tratados con este método. Realizamos un estudio prospectivo de 41 pacientes operados por peritonitis generalizada, de diferentes causas, a los que se realizó un lavado peritoneal programado cada 24 a 48 horas. Se analizaron las variables: causa, edad, complicaciones y relación de estas con las muertes. La causa más frecuente de peritonitis en nuestra serie fue la dehiscencia de la sutura intestinal, que junto con la edad avanzada, la ausencia de solución del foco infeccioso y el número elevado de lavados (más de 3) fue un factor que incidió en la mortalidad de nuestros pacientes (29 %). El lavado peritoneal es un método efectivo en el tratamiento de la peritonitis difusa. Evita las complicaciones del abdomen abierto o el peligro de complicación tardía de un lavado a demanda, aunque no niega ni se contrapone a otros métodos.

*Palabras clave:* Peritonitis, lavado quirúrgico.

La peritonitis generalizada es un problema complejo caracterizado por alta mortalidad, en que el cirujano lucha por eliminar la extensión del proceso supurativo. Han existido diferentes métodos para su tratamiento, entre los cuales se encuentran el lavado peritoneal continuo —defendido por *Priné* en 1905<sup>1</sup>—, la conducta expectante posterior al drenaje quirúrgico de las colecciones abdominales (lavado a demanda), el lavado transoperatorio amplio con cierre diferido de los planos superficiales y el método de abdomen abierto, el cual ha disminuido la mortalidad de la peritonitis grave, pero no ha estado exento de complicaciones.

Estos métodos no se excluyen unos a otros y la decisión de la elección de uno u otro debe estar basada en el análisis minucioso de varios factores.<sup>1-10</sup> Las características del líquido peritoneal es uno de ellos.

La relaparatomía a demanda consiste en realizar la apertura del abdomen cada vez que las condiciones clínicas lo aconsejen, pero tiene el inconveniente de que puede demorar la intervención.

Nosotros mostramos nuestra experiencia en pacientes tratados con laparotomía programada, preconcebida cada 24 h a 48 h según la evolución clínica del caso. Ello tiene el inconveniente de que en ocasiones el deterioro o la distensión de la pared abdominal dificulta el cierre. Sin embargo resulta efectiva en los casos de peritonitis purulenta generalizada, en los que es de esperar una evolución tórpida y que dudosamente se cura en la primera intervención o en los que esté indicado una reexploración como ocurre en la isquemia mesentérica.

## MÉTODOS

Se presenta un estudio prospectivo de 41 pacientes operados por presentar peritonitis generalizada de diferentes causas, a quienes se realizó un lavado peritoneal programado cada 24 h a 48 h, entre enero de 1999 y enero de 2004.

Se analizaron las variables: edad del paciente, causa de la peritonitis, número de lavados realizados y complicaciones acaecidas. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes y los protocolos de necropsias en los casos de fallecidos. Los resultados se muestran en tablas y gráficos. El método estadístico utilizado fue el porcentual.

## RESULTADOS

Las causas más frecuentes de peritonitis en que se utilizó el sistema de lavado peritoneal programado fueron el fallo de anastomosis, las perforaciones de divertículos del sigmoides, úlceras pépticas y vísceras huecas por traumas, así como el piosálpinx roto y la pancreatitis aguda (Tabla 1).

Tabla 1. *Peritonitis según causas*

| Causas  | N.º |
|---|-----|
| Fallo de anastomosis                                  | 10  |
| Apendicitis aguda supurada                            | 3   |
| Úlcera perforada                                      | 4   |
| Colecistitis aguda                                    | 2   |
| Trauma cerrado de abdomen con lesión de víscera hueca | 4   |
| Pancreatitis aguda                                    | 5   |
| Piosálpinx roto                                       | 6   |
| Diverticulitis de colon                               | 7   |

|              |           |
|--------------|-----------|
| <b>Total</b> | <b>41</b> |
|--------------|-----------|

Fuente: Historias clínicas y reportes de necropsia.

La distribución de los pacientes de acuerdo al sexo fue proporcional. Con respecto a la edad, fueron más frecuentes los casos en la sexta, séptima y octava décadas de la vida (Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución según sexo y edad*

| <b>Distribución (años)</b> | <b>Sexo masculino</b> | <b>Sexo femenino</b> |
|----------------------------|-----------------------|----------------------|
| 20-29                      | 1                     | -                    |
| 30-39                      | 3                     | 6                    |
| 40-49                      | 3                     | 3                    |
| 50-59                      | 6                     | 2                    |
| 60-69                      | 4                     | 5                    |
| Más de 70                  | 4                     | 4                    |
| <b>Total</b>               | <b>21</b>             | <b>20</b>            |

Fuente: Historias clínicas y reportes de necropsia.

Las complicaciones más frecuentes de estos pacientes fueron las infecciones de la herida quirúrgica (18) y del tracto respiratorio (5), las hernias incisionales (4) y la necrosis de la pared abdominal (4). La mortalidad fue del 24,4 % (10 fallecidos).

Las causa directas de los fallecimientos fueron fallos en las anastomosis (6 pacientes), divertículos del colon (2 pacientes), pancreatitis aguda (1 paciente) y úlcera péptica perforada (1 paciente).

## **DISCUSIÓN**

En los últimos años se discute mucho la alternativa del lavado programado en los pacientes a quienes se cierra la pared abdominal. Ello evita el uso del método abierto, el cual requiere de óptimas condiciones de esterilidad ambiental.

La frecuencia de los lavados depende de la gravedad del caso y varía en intervalos de 24 h a 48 h. El seguimiento estrecho del enfermo quirúrgico grave es la mejor estrategia para alcanzar niveles importantes de supervivencia.<sup>5-9</sup>

Los criterios de alarma<sup>9</sup> para una reintervención (lavado quirúrgico programado según el índice predictivo de sepsis intraabdominal o índice predictivo de reoperación abdominal [ARPI o *Abdominal Reoperation Predictive Index*) son evidentes y conducen eficientemente a la decisión a tomar. Entre estos criterios se destacan el pulso acelerado, los elementos que denotan dificultad respiratoria, la caída de la tensión arterial y la diuresis.

Los resultados de este sistema son comparables con otros métodos, sin embargo este tiene la ventaja adicional de que no mantiene el abdomen abierto y se eliminan, por tanto, las complicaciones tardías que ello implica. El abdomen abierto está indicado cuando se perpetúa la infección abdominal, hay pérdida de tejidos en la pared abdominal anterior y en los casos con pancreatitis aguda necrotizante. Tiene las ventajas siguientes:

- Aireación de una cavidad cerrada donde predominan gérmenes anaerobios.
- Disminución de la presión intraabdominal.
- Mejoría de la pared abdominal, edematosa y séptica.
- Diagnóstico fácil y seguro de las complicaciones.

Y tiene las desventajas siguientes:

- Formación de fístulas espontáneas.
- Pérdidas masivas de líquido.
- Contaminación de la herida quirúrgica.
- Eventración residual y oclusión intestinal tardía.

El fracaso en su uso es en muchas ocasiones debido a errores al inicio del tratamiento quirúrgico, entre los cuales los más frecuentes son:

- Retardar la intervención quirúrgica inicial o la reintervención quirúrgica.
- Dejar un foco séptico abandonado a su evolución natural, que pudo haber sido tratado.
- Intentar resuturar y no exteriorizar el intestino.
- Realizar una mala selección o una técnica quirúrgica que resulte en la ocurrencia de lesiones iatrogénicas.
- Falta de apoyo nutricional adecuado.

Según nuestra experiencia, se realizan 3 lavados como promedio en cada paciente y el criterio de interrupción es la presencia de un abdomen libre de material visible en la laparotomía. Los índices de mortalidad obtenidos justifican el uso de este método de lavado programado. Sin embargo, es indispensable evaluar al enfermo no sólo por elementos abdominales que serían insuficientes, sino evaluarlo mediante el sistema de predicción de reoperación.

### **Conclusiones**

La causa más frecuente de peritonitis en nuestra serie fue la dehiscencia de la sutura. El método de tratamiento inicial fue el lavado programado y se pasó después en algunos casos al abdomen abierto.

Las complicaciones más frecuentes fueron las del tipo séptico. La mortalidad en esta grave situación fue del 24,4 %, lo que avala el uso del método empleado de lavados quirúrgicos programados.

La evaluación de los enfermos con complicaciones abdominales posquirúrgicas no debe realizarse solamente por parámetros abdominales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prini J. Surgical intervention in cases of peritonitis. Proc Philadelphia Country Med Soc. 1905; 26: 192.
2. Chávez JF, Álvarez VP, Codines GR, Suárez RB, Mederos CO. Diálisis peritoneal en la pancreatitis aguda. Rev Cubana Cir. 1986; 25 (1): 28-34.
3. García SGD, Quintana A. Lavado peritoneal continuo en peritonitis. Cir Esp. 1985; 34:37.
4. Carbajo CMA. Peritonitis Aguda: una opción de tratamiento mediante lavado peritoneal continuo postoperatorio. Rev Esp Ap Digest. 1986; 70 (4): 335-46.
5. Bernot RD, Rdz VR, Mederos CON, Leal MA. Lavado peritoneal en la peritonitis de alto riesgo. Rev Cubana Cir. 1989; 28 (6): 615-623.
6. Pusajo GF, Bumashny E, Doglio GR. Postoperative Intrabdominal Sepsis. Requiring reoperative value of a predictive index. Arch Surg. 1993; 128: 218-222.
7. Eddy V, Nunn C, Morris JA. Abdominal compartment syndrome. Surg Clin North Am. 1997; 77 (4): 801-12.
8. Pusajó JF. Postoperative intrabdominal sepsis. Requiring reoperating value of a predictive index. Arch Surg. 1993; 128: 218-22.
9. Condon RE. Microbiology of intrabdominal infection and contamination. Eur J Surg. 1996; 576:9-12.

Recibido: 29 de Julio de 2005. Aprobado: 16 de agosto de 2005.

*Dr. Antonio Pacheco González.* Calle Zapata y D, Municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: [pacheco@infomed.sld.cu](mailto:pacheco@infomed.sld.cu)

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

<sup>2</sup>Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Asistente.

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

<sup>4</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>5</sup>Especialista en Cirugía General.

<sup>6</sup>Especialista en de Cirugía General.