

## CIRUGÍA

### TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS AGUDA \*

Dr. W. A. ALTEMEIER

De la Sección de Cirugía, Colegio de Medicina de la Universidad de Cincinnati,  
y Cincinnati General Hospital

**E**N el curso de los descubrimientos sucesivos de las substancias quimioterápicas no se ha llegado a un acuerdo respecto a la acción de cada una de ellas en el tratamiento de la peritonitis aguda séptica. Por nuestra parte, sostenemos que no se dispone todavía del tratamiento específico de esta afección, por lo que deberemos fiar ante todo, de la correcta intervención quirúrgica, decidida por el diagnóstico precoz y con ayuda de la quimioterapia y de la perfecta atención antes del acto operatorio y después del mismo.

**DIAGNÓSTICO PRECOZ Y CORRECTO.** — En el caso de peritonitis aguda, la eficacia del tratamiento estará en razón directa a la precocidad del mismo. Será necesario, a este respecto, determinar el tipo de la peritonitis y el factor etiológico que la ha provocado. Esta enfermedad aguda puede clasificarse según dos tipos generales (1): un tipo primitivo, por lo regular más frecuente en los niños y de etiología monomicrobiana, casi siempre provocada por el neumococo o el estreptococo hemolítico (2); un tipo secundario, polimicrobiano y cuya causa fundamental es un factor no específico, que deriva de una perforación o de la descarga de una víscera en la cavidad peritoneal. Las causas más importantes de la peritonitis secundaria son la inflamación y las lesiones del tubo digestivo, en particular la apendicitis aguda y, en segundo término, la perforación espontánea de la úlcera péptica, así como la perforación traumática del estómago o del intestino. La colecistitis, la pancreatitis y la diverticulitis agudas, las zonas de necrosis consecutivas a la estrangulación o, con mayor rareza, la compresión de un tumor, pueden ser también factores precipitantes. Se cuentan también como motivos de peritonitis, las enfermedades o lesiones del aparato genital femenino, con inclusión del aborto séptico, las sepsis puerperal, la salpingitis blenorragica, el traumatismo del parto, los raspados, los abortos provocados y, por fin, la ruptura espontánea de un absceso tuboovárico. Las peritonitis postoperatorias pueden ser el resultado de las pérdidas a través de una perforación gastrointestinal o de una línea de sutura mal aplicada, de la continuación de la infección por la cual se operó, por el contagio del peritoneo o por cuerpos extraños dejados en la cavidad peritoneal.

La presencia de gases en la cavidad peritoneal, demostrada por la disminución de la zona de matidez hepática o por medio de la radiografía, será de gran importancia para demostrar la perforación. Es evidente la necesidad de la determinación precisa, no sólo de la situación, extensión y gravedad de la peritonitis, sino del órgano que ha sido lesionado primitivamente, puesto que estos datos serán la indicación de la correcta incisión operatoria y de la prescripción de las medidas de sostenimiento del enfermo.

**TRATAMIENTO OPERATORIO.** — Como la gran mayoría de los casos de peritonitis aguda séptica derivan de lesiones del tubo digestivo, el tratamiento debe

«J. A. M. A.», 5 feb. 1949.

considerarse todavía como fundamentalmente quirúrgico. En el Hospital de Cincinnati se ha seguido el método de operar con precocidad en la mayoría de los casos, con extirpación del foco infeccioso o con cierre de la perforación, con el traumatismo más reducido posible, tan pronto lo permitan las condiciones del enfermo. La lógica de la operación precoz para evitar la extensión infecciosa, es de sobra evidente, de modo que los resultados han sido en extremo satisfactorios. En la práctica civil toda perforación debe quedar cerrada, generalmente con reparación por medio de suturas de Lempert o sin interrupción, a base de seda negra fina o regular. Si es necesaria la extirpación, es preferible la anastomosis término-terminal, aunque no vacilamos en emprender la colostomía proximal en las lesiones rectales o sigmoideas bajas, o exteriorizar plenamente los segmentos lesionados del colon. En los casos sin distensión abdominal, sin cianosis y sin hipotensión, es preferible intervenir así que se ha precisado el diagnóstico, sin importar la duración de la condición infecciosa.

Sin embargo, en los pacientes moribundos, con distensión notable, deshidratación y asistolia, se ha demorado la intervención hasta que se haya podido lograr la mejoría temporal del paciente; como se comprende, la mortalidad ha sido elevada en estos casos.

Los pacientes con abscesos apendiculares, generalmente han sido tratados con procedimientos conservadores hasta permitir que sus infecciones remitieran espontáneamente. De todos modos, si el volumen de los abscesos o los signos de la infección no comenzaron a decrecer dentro del término de 24 a 48 horas, o si la situación tendió a la agravación, se dispuso todo para operar a la mayor brevedad posible.

Al practicar las incisiones abdominales ante una peritonitis, es importante evitar en lo posible la disección extensa, puesto que de otro modo se exponen grandes segmentos de tejido areolar, el cual tiene poca resistencia a la infección al quedar expuesto a las bacterias del exudado patológico.

Se sostiene cada vez con más firmeza, que no es necesario ni útil drenar la cavidad peritoneal en presencia de peritonitis difusa; esta opinión parece sobre todo verdadera en el caso del tratamiento de las úlceras pépticas perforadas y en las heridas penetrantes del abdomen. El drenaje de la cavidad peritoneal no fué empleado nunca en los 169 casos de úlceras pépticas perforadas y sólo 4 veces de heridas abdominales penetrantes, por cuyo motivo se operaron. Sin embargo, si los tejidos retroperitoneales se encontraron infectados se consideró necesario practicar el drenaje a través de una incisión penetrante en el flanco. En las peritonitis derivadas de apendicitis o de lesiones genitourinarias o digestivas, la cuestión del drenaje se decidió de acuerdo con las circunstancias particulares. La aspiración cuidadosa del exudado abundante se ha practicado como parte del procedimiento operatorio, pero sin grandes intentos de limpiar las superficies peritoneales, puesto que impiden los mecanismos defensivos naturales, de la serosa. Únicamente la presencia de cuerpos extraños, de tejido necrótico o de colecciones purulentas localizadas, se han considerado indicaciones de drenaje. Nuestras cifras acusan que en 204 casos con drenaje peritoneal la mortalidad llegó al 5.4 %, en tanto que no se registró mortalidad alguna en los 46 pacientes tratados sin drenaje. Esta estadística puede ser discutida en el sentido de que los resultados pueden depender de la tendencia a drenar sólo los casos de infección más intensa. En nuestra clínica, de emplear el drenaje, fué del tipo Penrose, colocado cerca del origen de la infección y, en algunos casos, profundamente en la pelvis donde los líquidos purulentos tienden a reunirse.

**QUIMIOTERAPIA.** — Durante los últimos diez años, la mortalidad de la peritonitis séptica ha disminuído progresivamente, sin duda, debido al empleo ge-

neralizado de los agentes antibacterianos. La mortalidad de la eritonitis primitiva o idiopática ha sido reducida desde el 70 o el 90 % hasta el 30 % o todavía menos, gracias al uso del drenaje quirúrgico y de la quimioterapia adecuada.

También han sido notables los resultados, en lo que respecta a la peritonitis secundaria. En un análisis reciente, de 161 casos consecutivos de heridas penetrantes del abdomen, se encontró que la mortalidad alcanzó sólo al 11.6%, en contraste con una cifra del 27.9 % en los años anteriores, en los que no se utilizó quimioterapia.

De manera similiar, la mortalidad general en 160 casos de pacientes con úlceras pépticas perforadas, tratados con penicilina, sulfadiazina o las dos sustancias combinadas, con inclusión de los pacientes moribundos que fallecieron poco después de la admisión, resultó del 9.3 %, en comparación con el 26.6 % registrada antes del empleo de dichas sustancias. Al emplear la penicilina y la sulfadiazina combinadas, el período febril postoperatorio llegó a un promedio de 6.3 días, en contraste con 8 días, al emplear la penicilina sola o de 12.4 días al utilizar la sulfadiazina exclusivamente.

En las peritonitis de los abscesos secundarios a la apendicitis, la mortalidad bajó del 14.5 % en 338 casos tratados sin la quimioterapia, al 4.9 % en 244 casos tratados en los años siguientes con ella. Aquí los resultados fueron también decididamente mejores en los casos tratados con la combinación de la penicilina y de la sulfadiazina, no sólo con respecto a la mortalidad, sino con referencia a la morbilidad y a la frecuencia de abscesos intraabdominales.

No se registró ningún caso de muerte en los 63 casos tratados con penicilina y sulfadiazina, ni en los 11 casos tratados con estas dos sustancias y la estreptomina. Apoyados en nuestra experiencia clínica, recomendamos la quimioterapia siguiente para el tratamiento eficaz de la peritonitis secundaria aguda: administración parenteral de penicilina y sulfadiazina, empleo combinado de la penicilina, la estreptomina y la sulfadiazina o la inyección de grandes dosis de penicilina. Al emplear varios medicamentos en combinación, las dosis de cada uno de ellos debe ser de suficiente potencia terapéutica. La dosis de penicilina, de emplearla sola, debe llegar a 200.000 unidades cada 2 horas; en los casos graves no deberá vacilarse en llegar a las 500.000 unidades durante el mismo período. Nosotros no hemos empleado nunca la penicilina por vía intraperitoneal.

Varios autores han supuesto que la penicilina no podría tener valor en la prevención o el tratamiento de la peritonitis secundaria, a causa de la gran proporción de bacterias infectantes del grupo gramnegativo, resistentes naturalmente a la acción de la penicilina o formadores de enzimas inhibidoras de la misma. Sin embargo, la experiencia de otros investigadores y la nuestra, indican que estas objeciones teóricas no son válidas, puesto que la penicilina a grandes dosis es hoy día el agente más eficaz de los conocidos en el tratamiento de la peritonitis. Nuestros ensayos nos han permitido llegar a tres conclusiones (1): la peritonitis secundaria es esencialmente una infección causada por la acción acumulada de varias bacterias (2); los microorganismos no patógenos pueden tener parte importante en el papel de incrementar la virulencia de los otros (3); la influencia patógena del *E. coli* y de otros bacilos aeróbios gramnegativos, ha sido en extremo exagerada y sin justificación.

**MEDICACIÓN SULFAMÍDICA.** — La acción general de la sulfadiazina o de la sulfamerazina, es de gran valor en el tratamiento de la peritonitis. Dicha acción depende, no sólo de la bacteriostasis de las bacterias sensibles, sino también de la protección no específica contra los efectos letales de las toxinas bacterianas. Según nuestra experiencia, los resultados de la terapia sulfamídica

quedan reforzados considerablemente si se combinan estas substancias con la penicilina.

**ESTREPTOMICINA.** — La experiencia clínica y los trabajos experimentales señalan que la estreptomycinina no es tan eficaz como la penicilina. El mayor valor de la estreptomycinina parece haberse encontrado en los casos recientes de peritonitis progresiva, pero su efecto es dudoso en las supuraciones peritoneales localizadas, o en las peritonitis muy intensas difusas. Por el motivo de que la estreptomycinina no puede dominar al importante grupo de cocos anaerobios, no la empleamos nunca sola, sino combinada a la penicilina o a la sulfadiazina. En algunos casos ha podido observarse la curación después de este empleo combinado, precisamente en ciertos casos en los cuales la penicilina y la sulfadiazina no parecían contundentes.

**MEDIDAS DE SOSTENIMIENTO.** — La preparación del enfermo, antes de la operación y después de ella, deberá dirigirse a la corrección de los desequilibrios de la química fisiológica, provocados por la infección peritoneal y la toxemia resultante. Los aspectos importantes de esta parte del tratamiento incluyen las carencias de líquidos y electrolitos, el agotamiento proteínico y las avitaminosis. Deberá cuidarse de la descompresión gastrointestinal, la posición de Fowler y la administración de oxígeno.

## LA CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LA HEMORRAGIA DE LAS VÍAS DIGESTIVAS SUPERIORES \*

Dres. STANLEY O. HOERR, J. ENGLEBERT DUNPHY y SEYMOUR J. GRAY

De las Secciones de Cirugía y Medicina "Harvard Medical School".

**E**L tratamiento correcto del paciente que sufre hemorragia súbita y masiva del tramo superior de las vías digestivas, suele ser uno de los problemas más difíciles de resolver, tanto por el cirujano como por el internista. Aunque algunos distinguidos cirujanos han propuesto en otros tiempos la intervención sistemática, se está casi de acuerdo en la actualidad en que la mejor conducta es esperar a que la hemorragia quede reducida espontáneamente, con la excepción de aquellos casos tan intensos en que la muerte amenace, no obstante el auxilio médico y la abundancia de las transfusiones. Desgraciadamente, la selección rápida y precisa de estos casos se enfrenta a serias dificultades, tratadas de superar en estas líneas.

No hay que olvidar el hecho de que ciertas fuentes de hemorragia pueden escapar a la cirugía de urgencia y también al diagnóstico preciso. En esta última circunstancia, nuestro proceder comienza con llevar al paciente al departamento de radiología para ser observado después de una ingestión de bario; el cirujano se halla desde este momento a la expectativa, además de que ya se empieza con las transfusiones. Si en este esfuerzo diagnóstico no se concluye acerca del origen de la hemorragia, se demora la operación, puesto que, por

\* «Surgery, Gynecol., & Obst.», sep. 1948.