

Drenaje peritoneal

Indicaciones y técnica

Dres PEDRO ARRIAGA,* LUIS A. CAZABAN** y HUGO SAEZ *

El drenaje peritoneal (D.P.) es un recurso terapéutico mediante el cual es posible evitar que secreciones normales o patológicas, transformando la cavidad peritoneal virtual en real (3), se colecten y actúen por su poder séptico o irritante.

Sin embargo, la colocación y mantenimiento de un drenaje no constituye un procedimiento inocuo. El tubo, por su condición de cuerpo extraño, y la puesta en comunicación de la cavidad peritoneal con el exterior puede provocar: formación de adherencias; debilitación parietal; producción de lesiones por decúbito; contaminación peritoneal (7, 8, 9).

Analizando ventajas e inconvenientes, surge que el axioma "ante la duda drenar" debe ser abandonado (4) y que la indicación del D.P. será la resultante de la valoración de: 1) índole del proceso patológico en juego; 2) posibilidad de complicaciones postoperatorias (P.O.); 3) condiciones del acto quirúrgico realizado; 4) naturaleza y débito previsto de los líquidos a drenar.

El motivo de este trabajo, es precisar los criterios de utilidad para la aplicación correcta del D.P., remarcando los conceptos anatómo-funcionales en los que se basan, indicación, técnica y manejo.

INDICACIONES

Cada vez que se presume que un líquido, por su volumen, acción séptica o poder irri-

tante, es capaz de superar la capacidad defensiva del peritoneo, está indicado drenar. Vamos a considerar situaciones generales, que servirán de guía para los casos particulares.

1.— *Peritonitis en su inicio.* Agrupa las situaciones operatorias en las cuales coexiste, con el foco séptico primario, un exudado de discreta cantidad. Se debe drenar cuando el tratamiento del foco ha sido insuficiente o la septicidad del líquido lo impone. Es el caso típico de la apendicitis aguda, que exige drenaje cuando la apendicectomía es imposible, o existe en el Douglas exudado fétido, aunque sea escaso (4, 13).

2.— *Peritonitis difusa.* En estos casos, la generalización del proceso impide prácticamente la remoción de todo el elemento irritante o séptico. Está indicado drenar la o las logias que pueden ser asiento de una colección, insistiendo en el hecho que drenar, no releva al cirujano de efectuar, además del tratamiento del foco principal, la limpieza del peritoneo, que incluye lavado y secado cuidadoso (9).

3.— *Peritonitis localizadas (abscesos peritoneales).* Se debe drenar en forma obligada, sea como medida complementaria o como único gesto terapéutico.

4.— *Peligro de corrimiento de secreciones irritantes.* Es el caso de la cirugía de las vías biliares o páncreas, cuando impliquen real peligro de pasaje al peritoneo de bilis o jugo pancreático. En esta situación, un drenaje del lecho operatorio, además de advertir la existencia de la pérdida, pone a cubierto de complicaciones mayores (7, 8, 11).

5.— *Presunción de derrame serohemático abundante.* Es la situación que se presenta luego de los decolamientos retroperitoneales

Trabajo del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Montevideo, presentado al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto, 7 de noviembre de 1972.

* Residentes de Cirugía del Hospital Maciel.

** Prof. Adj. Int. del Departamento de Cirugía. (Facultad de Medicina. Montevideo).

amplios. Se drena a fin de evitar una colección que representa la existencia de un terreno fértil para el desarrollo de una infección secundaria.

MATERIAL

El tubo de látex de 1 mm de espesor y 2 mm de diámetro, cortado en canaleta en su parte más interna, constituye el material de elección, por ser estable, maleable, no irritante, difícil de colapsar, obstruir y bloquear, a la vez que permite la movilización en el P.O. Se reserva el tubo de goma para drenar cavidades preformadas.

Negamos eficacia colapsable, su tubo interno fácilmente obstruible e insuficiente el líquido que drena por capilaridad.

TECNICA

Colocar un drenaje implica realizar pocas y sencillas maniobras. Sin embargo, la no observancia de algunos detalles es muchas veces al causa de la ineficacia y agresividad del D.P.

Hemos de considerar: trayecto intraperitoneal, trayecto parietal y salida. En su recorrido intraperitoneal ha de cuidarse que el tubo no contacte con líneas de sutura ni estructuras delicadas; esta precaución exige a veces la fijación interna con un punto de catgut.

El trayecto parietal se practica con una incisión de contraabertura, paralela al trayecto de los nervios intercostales, seccionando todos los planos en la misma proyección. La misma estará ubicada en una zona posterior y a su nivel se fijará el tubo.

Estos detalles de técnica se basan en la disposición anatómica de las logias peritoneales (1,10). En el decúbito o posición semisentada, actitudes propias del P.O., existen tres logias principales, a las cuales afluyen los líquidos por acción de la gravedad. Son los 2 hipocondrios y el fondo de saco de Douglas. Todas tienen topografía posterior. Consideramos de importancia que el tubo salga en una zona posterior para favorecer la acción de la gravedad, mecanismo por el cual actúa el D.P. Hace excepción el tubo que drena la pelvis.

La precaución de seccionar los planos en la misma proyección, así como la orientación dada a la contraabertura, llevan la finalidad de prevenir una posible debilitación parietal, y evitar un desfase posterior de los planos produzca acodaduras en el tubo.

La salida será ajustada, y a su nivel se fijará el tubo sobre rollos de gasa. Este método, además de dar firmeza a la fijación, proporciona curación independiente para la contraabertura; se permite así movilizar o extraer el tubo sin remover la curación principal.

MANEJO

Para el correcto manejo del D.P. ha de tenerse en cuenta el régimen tensional intraperitoneal y sus variaciones (1). Con el paciente

en decúbito dorsal, la presión se distribuye en forma uniforme, siendo positiva en todos los sectores. En posición semisentada, la presión es máxima en la pelvis y disminuye hacia el diafragma, para hacerse negativa en las logias subfrénicas. Este hecho, más marcado en la espiración, es consecuencia de la excursión diafragmática. Durante los esfuerzos a glotis cerrada, la presión se hace fuertemente positiva en todo el abdomen, predominando a nivel de la pelvis.

Basados en estos conceptos señalamos:

- las logias subfrénicas han de drenarse conectando el tubo bajo agua (6);
- los drenajes del Douglas, sacados por un ojal suprapúbico, es decir, en posición antigravitaria, requieren para su funcionar el aumento de la presión a nivel de la pelvis (tos, posición semisentada).

Cuando un líquido es de alto poder irritante debe favorecerse su salida, conectando el tubo a un sistema de aspiración continua.

MANTENIMIENTO

La permanencia del tubo no puede ser precitada de antemano, sino que ha de adecuarse a la evolución P.O. De un modo general se establece que un tubo debe mantenerse mientras drene y retirarse cuando deje de hacer efectiva su función, teniendo presente que la justificación de su permanencia resulta del balance continuo entre ventajas e inconvenientes.

RESUMEN

Se analizan las indicaciones del D.P. precisando ventajas e inconvenientes. Se proscriben su prodigación por no considerarlo inocuo. Se establecen indicaciones generales, que se toman como guía para el manejo de casos particulares.

Se señalan las ventajas del tubo de caucho.

Basados en las características anatómicas del peritoneo, y en las variaciones fisiológicas de su régimen tensional, se establecen los lineamientos generales de técnica y manejo.

RÉSUMÉ

Analyse des indications du D.P., de ses avantages et de ses inconvénients.

On doit en proscrire un trop ample usage car il n'est pas inoffensif. Nous déterminons des indications générales qui peuvent servir de guide pour le traitement de cas particuliers.

Nous signalons les avantages du tube de caoutchouc.

En nous fondant sur les caractéristiques anatomiques du péritoine et sur les variations physiologiques de son régime de tension, nous établissons les grandes lignes de technique et d'emploi.

SUMMARY

The use of peritoneal drainage is analyzed, evaluating its advantages and disadvantages. It should be utilized cautiously since it is not innocuous.

The paper revises its general indications as a guideline for particular cases.

The advantages of the rubber tube are pointed out.

General aspects in its technique and employment are based in the anatomical characteristics of the peritoneum and in the physiological variations of its tension system.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAYA, L. et NDJAGA, M. Drainage *Enciclopedia Medico Chirurgical*. Paris 1972. Tomo I. Fasc. 40075.
2. CAMES, O. Absceso subfrénico. *XIII Cong. Arg. Cir.* Buenos Aires 1941.
3. CENDAN, J. E. Drenaje peritoneal y subperitoneal. *IV Cong. Urug. Cir.* Montevideo 1953. Pág. 389-399.
4. CENDAN, J. E. Drenaje peritoneal. Curso de perfeccionamiento para graduados. Clínica Quirúrgica "2". Junio 1972 (inédito).
5. CHIFFLET, A. Concepto funcional de los drenajes. El drenaje de la pelvis masculina. *IV Cong. Urug. Cir.*, Montevideo 1953, pág. 367-377.
6. DEL CAMPO, A. El drenaje de la logia esplénica. *Dia Méd. Urug.*, 34: 1367, 1967.
7. HANNA, E. A. Efficiency of peritoneal drainage. *Surg. Gynec. Obst.*, 131: 983, 1970.
8. HERMANN, G. Intraperitoneal drainage. *Surg. Clin. North America*, 49: 1279, 1969.
9. LARGHERO, P. Drenaje peritoneal. *IV Cong. Urug. Cir.*, Montevideo 1953, pág. 378-388.
10. LARGHERO, P. Fisiopatología del peritoneo. Montevideo. Oficina del Libro. AEM 1967.
11. PRAT, D. El drenaje en cirugía. *El Ateneo*. Montevideo 1953.
12. REYNOLDS, J. T. Intraperitoneal drainage, when and how? *Surg. Gynec. Obst.*, 101: 242, 1955.
13. SANTOS DUBRA, A. Indicaciones del drenaje peritoneal postapendicectomía en agudo. *Dia Méd. Urug.*, 37: 1173, 1971.