

Peritonitis aguda en geriatría

Dr. Pedro Arriaga *

Se analizan 7 observaciones clínicas de pacientes geriátricos portadores de peritonitis agudas, prestando especial atención a los aspectos clínicos diagnósticos y terapéuticos. Se insiste en la habitual poca expresividad semiológica y en las dificultades diagnósticas en relación a la patología múltiple, frecuentemente en juego. Se establecen los lineamientos generales que guían la terapéutica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Peritonitis/diagnosis, surgery.

La peritonitis aguda en el paciente anciano toma jerarquía por su frecuencia y su alta mortalidad. Vía final común de la mayoría de las afecciones que configuran el "vientre agudo", reconoce matices clínicos y terapéuticos, que le confieren un sello particular.

Con la finalidad de dar agilidad a la presentación, presentaremos siete observaciones clínicas, por considerarlas demostrativas de los conceptos sobre los que queremos insistir.

Observación Nº 1.—Paciente de 65 años, diabética, que ingresa al Hospital Maciel en grave estado, shockada, con gran cuadro tóxico y en anuria. Vista al ingreso, es interpretada como un cuadro de sepsis con insuficiencia renal aguda y se decide dializarla. El equipo que en ese momento tenía a su cargo la Unidad de Hemodiálisis replantea la situación apareciendo entonces como elementos semiológicos de valor, un Douglas doloroso, un abdomen ligeramente distendido y una radiografía de abdomen que traducía la presencia de íleo con exudado entre las asas. Se estableció el diagnóstico de peritonitis, que fue confirmado por el acto quirúrgico.

La historia es representativa de una realidad clínica en ocasiones olvidada: en el viejo, es frecuente la discordancia entre un cuadro abdominal habitualmente pobre y una repercusión hemodinámica grave que puede dominar la escena y distraer la atención del cirujano.

Observación Nº 2.—Paciente de 85 años con antecedentes cardiacos, que ingresó por un dolor epigástrico y precordial intenso, acompañado de un abdomen doloroso y moderadamente distendido. Diagnóstico al ingreso: Infarto de Miocardio. La evolución en sala re-

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cendán Alfonso), Hospital Maciel, Montevideo.

gistra a las pocas horas intensificación del cuadro doloroso abdominal y aparición de contractura en hipocondrio derecho, entrando progresivamente en oligoanuria. Se establece entonces el diagnóstico de peritonitis biliar, que es confirmado por el acto quirúrgico.

Observación muy demostrativa de un hecho clínico de gran jerarquía; la alta frecuencia de enfermedades asociadas, con expresiones clínicas comunes, capaces de inducir a error en el planteo del diagnóstico diferencial (4).

Pero puede darse asimismo la situación inversa, en el sentido de diagnosticar peritonitis cuando la realidad es otra, como sucedió en el caso que pasamos a considerar.

Observación Nº 3.—Paciente de 72 años, portador de una colopatía diverticular, a quien 15 días antes del ingreso se le había realizado una rectosigmoidoscopia, tras lo cual queda con dolor moderado en fosa iliaca izquierda. Ingresó por dolor abdominal difuso cuyos demás caracteres son difíciles de precisar. El estudio radiológico muestra un vientre opaco con un nivel hidroaéreo en fosa iliaca izquierda.

Con esos elementos radiológicos se hace diagnóstico de peritonitis por perforación vinculada a un accidente de la rectosigmoidoscopia. La intervención mostró tratarse de una pancreatitis, por lo cual se practica una colecistostomía, falleciendo el paciente en el postoperatorio inmediato. Nuevo error diagnóstico y nueva muerte vinculada indiscutiblemente al mismo.

Las tres observaciones que venimos de ver son sumamente significativas e ilustran claramente las consideraciones que pasamos a destacar:

a) En la peritonitis del anciano la repercusión hemodinámica, es precoz y grave al punto de poder presentarse con expresión clínica dominante de manera de alejar la atención del cirujano del cuadro abdominal no siempre claro (3, 8).

b) El hecho de la alta frecuencia de afecciones asociadas, obliga al planteo de diagnósticos diferenciales que pueden inducir a error.

c) Concluyendo, debe tenerse presente que en el anciano, la asociación de un cuadro doloroso abdominal, aun moderado, con un desequilibrio hemodinámico progresivo, debe hacer plantear el diagnóstico de peritonitis. Cabe entonces, establecer una vigilancia estrecha del paciente, mediante la cual en colaboración con el internista pueda ser posible aclarar las dudas mediante la correcta valoración de los

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, en sesión de homenaje al Prof. Dr. Juan E. Cendán, el 16 de octubre de 1974.

* Residente de Cirugía.

Dirección: 14 de Julio 1225, Tandil, Pvcia. de Buenos Aires, Argentina.

datos clínicos y paraclínicos. Si la situación no se define en pocas horas la laparotomía diagnóstica adquiere neta indicación.

Destaquemos antes de seguir adelante que desequilibrio hemodinámico no significa necesariamente shock; pulso fino, tendencia a la hipotensión, oliguria, disminución del relleno venoso, frialdad periférica son los elementos semiológicos que ponen en la pista de la formación de un tercer espacio.

Pero las dificultades no se reducen al capítulo del diagnóstico, sino que también se presentan cuando se encara la terapéutica. Revisemos tres observaciones.

Observación Nº 4.— Paciente de 69 años que ingresa al servicio de guardia con un cuadro agudo de abdomen con los caracteres de una peritonitis por perforación. Al ingreso aparecían signos netos de insuficiencia circulatoria periférica.

Se procede en consecuencia a efectuar la terapia de reposición en base a aporte de fluidos, antibióticoterapia y apoyo de las funciones vitales. Los controles a las dos horas evidenciaron una mejoría de la perfusión periférica, decidiéndose entonces la intervención.

La operación mostró la existencia de una perforación duodenal, a cuyo cierre simple se procedió. La paciente evolucionó en forma satisfactoria.

Esta historia nos merece las siguientes consideraciones:

a) Destacar lo acertado de diferir la intervención en busca de mejorar la condición circulatoria del paciente.

b) Subrayar el criterio de indicación de la oportunidad operatoria, en el sentido de operar no bien los parámetros clínicos evidenciaban una orientación de los mecanismos reguladores en el sentido de la normalidad.

Observación Nº 5.— Paciente de 85 años, diabética, cardiópata, con una neumopatía aguda en curso, que ingresa al hospital en shock. La historia registraba un cuadro doloroso abdominal poco definido, de 72 horas de evolución. Al examen se encontró una distensión abdominal, dolor a la palpación y Douglas doloroso. Se interpreta el cuadro como peritonitis aguda de origen apendicular y se decide iniciar la terapia de reposición. Se mantuvieron las medidas de reposición sin éxito durante más de 18 horas, tras lo cual se decide la intervención. Con anestesia local se procede a drenar la cavidad peritoneal, falleciendo la paciente en el postoperatorio inmediato.

Esta observación nos permite extraer las siguientes conclusiones:

a) Debió haberse planteado que esta paciente portadora de una insuficiencia orgánica grave, estaba desbordada en su capacidad de responder a la terapia de reposición, al estar su sistema homeostático agredido por una afección que como la peritonitis suma sepsis, toxemia y secuestro agudo de plasma.

b) En el mismo sentido de consideraciones, constituyó un grave error diferir largamente la intervención en la búsqueda insistente o permitasenos empecinada de una compensación que conceptualmente no habría de producirse.

Destaquemos entonces que el tratamiento preoperatorio persigue solamente orientar las funciones vitales en el sentido de la normalidad y únicamente cuando se piensa que existe un sistema homeostático capaz de responder a la terapia de reposición, que sin duda debe ser instituida en todos los casos con un máximo de rigor.

Cuando los mecanismos reguladores hayan claudicado, la operación está indicada como único recurso salvador, y debe estar integrada desde un principio, a las medidas de reanimación que en esta situación son complementarias.

Concluyendo entonces, en el paciente geriátrico portador habitual de una insuficiencia orgánica grave, la búsqueda infructuosa de una compensación funcional puede diferir peligrosamente la intervención (7).

Dos situaciones clínicas más nos permitirán ilustrar las conclusiones relativas a las directivas generales sobre el procedimiento quirúrgico a seguir.

Observación Nº 6.— Paciente de 72 años que ingresa al Hospital Maciel con una peritonitis por perforación de un divertículo sigmoideo.

En el servicio de guardia, se procede a cerrar la perforación, drenar el foco y dejar una ileostomía transcecal, siendo la evolución satisfactoria.

Al año y habiendo restablecido el estado general, se procedió a reseca el colon enfermo para, en un segundo tiempo, cerrar la ileostomía. La evolución posterior fue excelente.

Observación Nº 7.— Paciente de 65 años, que ingresa por cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho por el que es internado para observación.

A las 48 horas se asiste a la generalización del dolor y a la instalación de una distensión abdominal.

Se hace diagnóstico de oclusión intestinal, comprobándose que en realidad se trataba de una peritonitis biliar.

La incisión primitiva, una mediana infraumbilical, fue prolongada hacia arriba quedando transformada en una xifopública. Por ella se procede a realizar la colecistectomía que resulta muy laboriosa.

El paciente fallece en el postoperatorio inmediato.

Estas observaciones que venimos de ver son ejemplos de dos conductas diferentes con resultados también diferentes. Las mismas enmarcan un concepto que si bien vale para toda la cirugía de urgencia, toma especial jerarquía cuando nos enfrentamos al paciente añoso. Nos referimos al hecho de que los procedimientos de elección son aquellos que en un mínimo de tiempo y con un máximo de sencillez aseguren el cese de la contaminación peritoneal y la limpieza y eventual drenaje del peritoneo (1, 2, 3, 5, 6, 8).

Estos procedimientos, de por sí salvadores, "preparan" por así decirlo un postoperatorio con un mínimo de complicaciones.

El tratamiento definitivo de la lesión originaria tendrá lugar cuando el llevarla a cabo, no implique prolongación ni complicación del acto quirúrgico.

RÉSUMÉ**Péritonite aiguë en gériatrie.**

Analyse de 7 observations cliniques de patients gériatriques porteurs de péritonites aiguës, où l'on prête une attention spéciale aux aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. Il faut insister sur l'expressivité sémiologique habituellement faible et sur les difficultés diagnostiques concernant la pathologie multiple, fréquemment en jeu. On établit les grandes lignes de la thérapeutique à suivre.

SUMMARY**Peritonitis in geriatric patients.**

Seven cases of acute peritonitis in geriatric patients are discussed, laying a special stress in the clinical, diagnostic and therapeutic features. The authors remark the usual scarcity of signs and symptoms of

these cases and the diagnostic difficulties, related to the multiple pathology which is frequently present. General therapeutic trends are established.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARRIAGA P, CAZABAN LA y SAEZ H. Drenaje peritoneal; indicaciones y técnica. *Cir Urug*, 42: 431, 1972.
2. BUKUROV S, GLIOZIC V, TASIC D. Contribution au pronostic des péritonites aiguës. *Lyon Chir*, 69: 42, 1973.
3. CENDAN JE. Abdomen agudo en geriatría. *Prensa Méd Argent*, 46: 1331, 1959.
4. CHAITIN H, WIENIK L. Peritonitis in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc*, 18: 834, 1970.
5. CHERJOVSKY MR. Peritonitis en los ancianos. *Prensa Méd Argent*, 56: 1071, 1969.
6. HAY JM, POURET JP. Les perforations coliques néoplasiques en péritoine libre. *Lyon Chir*, 69: 44, 1973.
7. MOORE FD. Metabolic care of the surgical patient. Philadelphia, Saunders, 1959.
8. TRAPANI A. Un tema di urgenza in chirurgia geriatrica: la peritoniti. *G Gerontol*, 19: 668, 1971.