

CONTRIBUCION

Ventajas e inconvenientes del lavado peritoneal postoperatorio

Dres. Alejandro F. Fernández, Alfredo Oscar Vispo,
Lidia Nora Iraola y Horacio Achaval Ayerza

Se exponen en forma sintética los beneficios e inconvenientes del L.P.P. Si bien llevar a cabo esta medida terapéutica durante varios días y con importante volumen líquido requiere cuidados especiales y personal adiestrado, los resultados obtenidos en los últimos siete años nos impone recomendar su uso. Nuestra tasa de mortalidad hasta su incorporación alcanzaba el 48%. En la serie de pacientes que sirven de referencias a estas reflexiones la mortalidad fue del 14%.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Sepsis / Surgery / Lavage peritoneal.

INTRODUCCION

La peritonitis bacteriana sigue siendo una patología frecuente, que conserva un alto índice de mortalidad. La sepsis a gérmenes gram negativos es la amenaza que se cierne en todo paciente portador de una peritonitis bacteriana ya sea ésta evolutiva propiamente dicha o grave desde su iniciación.

Se mantiene siempre vigente el concepto de que el tratamiento de toda peritonitis es quirúrgico y debe intervenir en forma temprana. La experiencia universal demostró que cualquiera sea la condición del enfermo el tratamiento del foco de infección debe ser exhaustivo porque tal vez ésta sea la única oportunidad que pueda brindarse para la resolución de la enfermedad. Si aún esta actitud no fuera suficiente no debe dudarse en la conveniencia de intervenciones iterativas.

A comienzos del siglo Frank Thorek (7) propone el lavado peritoneal intraoperatorio como medida complementaria del tratamiento causal. Hoy son numerosos los centros quirúrgicos que lo han adoptado. Sin embargo esta medida, aunque útil, no brinda la seguridad de haber logrado la "esterilización" de la cavidad.

Convencidos que el prolongar este lavado en el período postoperatorio podría resultar beneficioso, adoptamos su uso y establecimos su modo de acción.

Nuestra primera inquietud fue establecer en forma precisa la indicación del lavado perito-

neal postoperatorio (L.P.P.) ¿En qué tipo de pacientes debe emplearse este procedimiento? Descartamos a los pacientes con peritonitis de pocas horas de evolución, que no presentaron contenido intestinal o sangre en cavidad y sin signos de sepsis generalizada.

Incluimos en cambio a dos grupos de enfermos. El primero constituido por los pacientes en los que el cuadro peritoneal llevaba más de seis horas de evolución con evidencia de signos de sepsis puestos de manifiesto en especial a nivel de los sistemas coagulolítico y respiratorio. El segundo grupo comprende a los pacientes que habiendo sido intervenidos correctamente no evolucionaron hacia la resolución y presentan signos que indican persistencia de su cuadro peritoneal y que obligan a su reintervención.

MATERIAL Y METODO

Desde 1972 en que alentados por los trabajos de Parneix y otros (3, 5, 6) adoptamos el L.P.P. como tratamiento complementario, en aquellas peritonitis graves desde su iniciación o evolutivas, lo hemos realizado en 82 pacientes sobre un total de 814 peritonitis. La técnica empleada y las indicaciones con que nos guiamos fueron publicadas en los Boletines de la Academia Argentina de Cirugía en 1974 (2) y en las contribuciones al relato oficial del 48º Congreso Argentino de Cirugía por lo que obviaremos su detalle (1, 4, 8).

DISCUSION

Creemos que el número de pacientes tratados nos autoriza a establecer algunas conclusiones respecto a las ventajas del método y a los inconvenientes que en oportunidades se le han atribuido.

Partimos del concepto ya expresado de que el tratamiento fundamental de la peritonitis es el quirúrgico, y su objetivo debe ser la remoción del foco de infección. El L.P.P. es una útil medida complementaria.

Ventajas

1) En la peritonitis grave, desde su iniciación o evolutiva, consideramos necesaria la ubi-

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Dirección: Azcuénaga 1524, 4º B. Cap. Fed. Cód. 9 1115. Argentina (Dra. L. N. Iraola).

cación de drenajes. La utilidad de un drenaje es función de su permeabilidad, la que sólo puede lograrse mediante el pasaje a su través de un continuo flujo líquido adecuado; de lo contrario la fibrina y el material intracavitario lo ocluyen entre las 24 y 48 hs. Utilizando el L.P.P. la efectividad promedio de los drenajes tuvo una duración de 5 a 7 días.

II) En el curso de una peritonitis el depósito de fibrina intraperitoneal trae diversos inconvenientes. En primer lugar, sirve para el atrapamiento de bacterias transformándose en sitio propicio de reproducción de las mismas. En segundo término, la fibrina depositada a nivel de los vasos linfáticos inhibe el clearance bacteriano por esta vía. La formación de fibrina se ve facilitada por la inhibición de la fibrinolisis producida por la acción de las células mesoteliales del peritoneo. Un modo de eliminar esa fibrina y hacer permisible la acción de enzimas fibrinolíticas en el foco séptico está dado por el arrastre mecánico de la misma y su eliminación de la cavidad.

III) Desde el punto de vista del germen el primer objetivo a alcanzar para obtener la resolución del cuadro peritoneal es disminuir el número de bacterias intracavitarias. Una sola bacteria dentro de la cavidad significa 60 nuevos microorganismos en una hora. Esta multiplicación si es excesiva puede determinar el agotamiento del mecanismo inmunitario del huésped. Su eliminación de la cavidad, además de la vía linfática que es su vía natural de aclaramiento puede lograrse a través de los tubos de drenaje durante el lavado, lo que pudimos demostrar realizando recuento de bacterias en forma seriada en el líquido drenado del abdomen durante el mismo.

Como lo demostraron numerosos autores entre los que nos incluimos, la acción del antibiótico dentro de la cavidad es efectiva y el peritoneo agredido conserva su capacidad de absorción respecto a estos quimioterápicos.

IV) No es difícil que durante el transcurso de la peritonitis se presente insuficiencia renal ya sea ésta anúrica, oligo-anúrica o con diuresis conservada. Si esto ocurre durante el L.P.P., es fácil manejar esta falla renal ya que permite la eliminación a través de la serosa peritoneal, de urea y productos nitrogenados cumpliendo función dializadora.

V) Un hecho de interés, es la rápida resolución del íleo postoperatorio que suele ser prolongado en toda peritonitis. Con ello se logra una alimentación enteral temprana del paciente con lo que se corrige su estado hipercatabólico que suele ser severo. Al ceder la parálisis intestinal disminuye la absorción de endotoxina desde la luz intestinal, evitándose también la exacerbación de la flora intestinal que encuentra ambiente propicio para su reproducción.

En nuestra experiencia los pacientes sometidos a L.P.P. presentaron íleo postoperatorio cuya duración promedio fue de 1.9 días.

VI) En el transcurso de la peritonitis, la membrana peritoneal presenta, merced a su intensa vasodilatación, una exagerada pérdida de proteínas. Dicha vasodilatación es conse-

cuencia de la liberación de enzimas provenientes del huésped en su respuesta inmunitaria y otras derivadas de la destrucción bacteriana. La dilución y posterior arrastre de estas enzimas, permite una más rápida reconstitución de la serosa alterada, como lo demostramos mediante estudios biopsicos.

Inconvenientes

El mayor inconveniente a la difusión de este procedimiento en nuestro medio, es la resistencia a su uso por el médico tratante. En una informal y parcializada encuesta que realizamos encontramos fundamentadas las objeciones en las siguientes causales:

I) La convicción subjetiva del cirujano de que al tratar adecuadamente el foco séptico, considera resuelta la contaminación del peritoneo. Negaríamos así la existencia de las peritonitis evolutivas propiamente dichas.

II) La confiabilidad en la capacidad de la respuesta inmunitaria natural del peritoneo. Desconociendo lo difícil que es establecer la relación entre la patogenicidad del germen y la respuesta inmunitaria del huésped.

III) Las posibilidades teóricas de diseminación o contaminación. Circunstancia no observada en la experiencia ajena ni propia.

IV) El temor al desencadenamiento de severos trastornos del equilibrio hidroelectrolítico. Hecho que no debe ocurrir si se establece un adecuado balance entre ingresos y egresos.

V) La sospecha de que el arrastre proteico determine una severa expoliación (ver Ventajillas, ítem VI).

VI) La infundada opinión sobre la ineficacia de la antibiocioterapia local.

RESUME

Advantages and Inconvenients postopératoire du péritoine

On expose, de façon synthétique, les bénéfices et les inconvénients du lavage postopératoire du péritoine. Bien que mener à bout cette mesure thérapeutique pendant plusieurs jours et avec un volume important de liquide, exige des soins spéciaux et un personnel exercé, les résultats obtenus, pendant les sept dernières années, nous oblige à recommander son usage. Notre taux de mortalité, jusqu'au moment de son incorporation, atteignait le 48%. Dans la série de patients qui servent de référence à ces réflexions, la mortalité a été de 14%.

SUMMARY

Advantages and Inconvenients of Peritoneal Postoperative Lavage

Advantages and inconvenients of peritoneal postoperative lavage are summarised. To carry out these pro-

cedure during some days and with a great volume requires careful management and trained personnel. According to the results obtained in the last 7 years the authors recommend this procedure. The mortality rate before its use was 48 %. In the treated group of patients the mortality rate was 14 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACHAVAL AYERZA H y AVALLAY O. El L.P.P. Resultados. Contribución al relato oficial Peritonitis. *Congreso Argentino de Cirugía*, 48º, 1977.
2. ACHAVAL AYERZA H, VISPO AO e IRAOLA LN. El lavado peritoneal postoperatorio en la peritonitis aguda difusa grave. *Bol Trab Acad Argent Cir*, 58: 194, 1974.
3. AUNE S and NORMANN E. Diffuse peritonitis treated with continous peritoneal lavage. *Acta Chir Scand*, 136: 401, 1970.
4. IRAOLA LN y FERNANDEZ AF. El L.P.P. Material y método. Contribución al relato oficial Peritonitis. *Congreso Argentino de Cirugía*, 48º, 1977.
5. PARNEIX M, MAYEUX C, LAPORTE L. L'irrigation péritonéale dans le traitement des péritonites aiguës généralisées. Etude de onze cas. *Chirurgie*, 98: 779, 1972.
6. PERCIVAL A et coll. The treatment of peritonitis infections in patients with peritoneal dialysis. *Post Grad Med J*, 48 (Suppl.): 160, 1967.
7. THOREK F. Citado por Price J. Surgical intervention in cases of peritonitis. *Proc Phil Coun Med Soc*, 26: 192, 1905.
8. VISPO AO y GUTIERREZ L. El L.P.P. Fisiopatología. Contribución al relato oficial Peritonitis. *Congreso Argentino de Cirugía*, 48º, 1977.

NUESTRA REVISTA HACE 50 AÑOS

Condroma de reborde costal operado. Recidiva bajo forma de condrosarcoma

Amplia operación. Radioterapia postoperatoria no inmediata. Curación. Presentación de enfermo. En la sesión del 9 de mayo de 1929.

Stajano, C.; Larghero, P.

Bol. Soc. Cir. Montevideo, 1 (1): 19, 1930.

R. M. 56 años. Ingresó al Hospital Italiano en diciembre de 1926, con un tumor al nivel del reborde costal, del tamaño de un grueso huevo de pato, que evoluciona debajo de las inserciones del gran y pequeño oblicuo, y desarrollado a expensas del cartilago de la 9ª costilla.

Hacemos diagnóstico de Condroma, y procedemos con anestesia local a su extirpación. Cicatrización por primera, y alta a los pocos días. El examen histológico del tumor es practicado por el Dr. Larghero, confirmando la impresión clínica de Condroma.

En junio 28 de 1928, un año y medio después, reingresa en malas condiciones al Hospital Italiano, con un enorme tumor del tamaño de un puño, fijo, adherente y movilizable en masa con la pared muscular, que no desliza sobre el tumor. Hay circulación complementaria, y el color de la piel es morada, próxima a ulcerarse. El examen radioscópico no revela lesiones pleuropulmonares concomitantes. (Tumor implantado en la 9ª y 10ª costillas). Campos pulmonares libres. Dudamos entre la actinoterapia que le fue aconsejada, y la intervención quirúrgica amplia, que la preferimos sin discusión a pesar de su gravedad, dado el gran tamaño y extensión del tumor.

Anestesia Eter. — Procedemos como en una tóraco-laparotomía —siguiendo la técnica de Mérola— y en el tiempo abdominal ya constatamos adherencias del

tumor a la periferia hepática y a las inserciones del diafragma. Seccionamos sobre el parénquima las adherencias y taponamos la superficie cruenta del hígado, continuando la operación resecaando un rectángulo de diafragma en toda la superficie adherente del tumor, y procedemos al taponamiento con grandes compresas de la brecha pleural, evitando el neumotórax brusco.

Cambiamos el sentido de la operación desde este momento del tórax hacia el abdomen, y resecamos la 9ª y 10ª costillas, sacando en block la pieza, restableciendo luego los planos musculares del abdomen por donde sale la mecha hepática, y reparamos la brecha del diafragma y la pared intercostal con puntos separados. La resección pleural necesaria fue sustituida por un taponamiento que retiramos a los 12 días, y que nos permitió la organización de una cáscara conjuntiva que defendió la gran cavidad pleural del neumotórax y de la infección. Postoperatorio normal.

Enviamos al mes de la operación a nuestro enfermo al Hospital Maciel, para que se le haga Radioterapia, dándosele de alta en el mes de agosto de 1928.

El examen de la 2ª pieza nos revela un condrosarcoma, como la clínica lo hacía prever.

Este caso tiene interés por la parte anatómica. Se trata de un Condroma Histológicamente comprobado. Recidivó al año y meses bajo forma de condrosarcoma. Beneficio de la acción quirúrgica amplia completada por la Radioterapia que permitió que a pesar de lo avanzado del tumor, y de sus conexiones viscerales en una región compleja como la tóraco-abdominal permitiese mostrar hoy a este enfermo en condiciones clínicas excelentes.

Es interesante la técnica quirúrgica seguida y que permitió utilizar la tóraco-laparotomía con sus ventajas indiscutibles, no para un simple abordaje, sino para una extensa operación de resección de la misma pared (piel, músculos, cartilago, costillas, diafragma, pleura, etc.).