

La no realización del cierre Parietal en el Tratamiento de ciertas formas gravísimas de Peritonitis.

Dr. L. P. Doutré

Clínica Quirúrgica del CHR, Prof. L. P. Doutré 311, boulevard du Président Wilson, 33200 Bordeaux, France.

Conferencia dictada en el XXXIII Congreso Uruguayo de Cirugía. 28 de noviembre al 2 de diciembre de 1982. Montevideo.

RESUMEN

En el tratamiento de las peritonitis gravísimas, así definidas por ser de origen fecal, postoperatorias o iterativas, una vez resuelto el problema visceral (con abocamiento sistemático en casos de efracción intestinal) y peritoneal (abundante lavado intraoperatorio seguido de avenamiento declive por aspiración o capilaridad, quedan por resolver los problemas parietales, donde la existencia de una amplia solución de continuidad de la pared abdominal con bordes retraídos, infectados supurados o necrosados, implica que el cierre a todo precio será catastrófico. Por lo contrario la "evisceración controlada" facilita la evacuación de focos sépticos mantenidos, permitiendo manejar una pared abdominal sobreinfectada, responsable eventualmente de nuevas siembras peritoneales.

A este efecto son estudiados los problemas técnicos de protección visceral (al inicio placas de "lyomousse" luego de "sylastic", con eventual injerto cutáneo ulterior) y de contención de la pared abdominal (utilización, en nuestra serie de "ventrofil", donde la renovación del mismo va permitiendo una aproximación de los bordes de la herida).

Con esta actitud terapéutica hemos logrado un descenso de la mortalidad, que en dos años ha pasado del 83% al 48.8%.

SUMMARY

In treatment of very severe peritonitis, so defined by its fecal, postoperative or recurrency origin, once gotten the visceral problem resolution (with systematic cutaneous placement of ends in cases of intestinal disruption) an peritoneal (abundant intraoperative cleaning followed by declive drainage by aspiration or capilarity), wall problems remains under resolution, where a wide wound, with retracted, infected, supurated or necrotic edges are present; it implies that closure at all cost will be catastrophic.

By the contrary, "controlled evisceration" give facilities for remanent septic collections evacuation, allowing superinfected abdominal wall management, wich is the eventual

responsible of new peritoneal seeds. In its order, they are studied technical problems of visceral protection (at first with "Lyomousse" plates, after with "Sylastic" and eventual cutaneous grafts) and contention of the abdominal wall (using in our series "Ventrofil", whose renovation allows the approximation of the wound's edges).

With this procedure, we have gotten a mortality lowering of 83% to 48.8% in two years.

Palabras clave (Key words, Mots clés) Medlars:
Abdominal, Wall

INTRODUCCION

En el curso de los años 1980 y 1981, en 31 reoperaciones, por peritonitis gravísima al terminar la operación nos abstuvimos del cierre parietal. Todos los casos, se trataban de formas particularmente severas, tanto sobre el plano local (supuración o necrosis visceral, peritoneal y/o parietal) como sobre el plano general (shock séptico, claudicación de órganos vitales, hemorragia digestiva).

Nos permitimos recordar algunas estadísticas recientes, que establecen una escala de gravedad creciente: 5.9% de mortalidad en las peritonitis apendiculares, 10% en las peritonitis químicas, 26.7% en las peritonitis bacterianas, 64.7% en las peritonitis fecaloideas, 73% en las peritonitis fecaloideas en el postoperatorio y 83% si se agrega a estas últimas que sean reoperaciones iterativas. En nuestra serie de "abdomen abierto" realizada exclusivamente en los últimos tipos de peritonitis, tuvimos una tasa de mortalidad del 48.8%. Tales son los hechos.

Nuestro propósito es presentar algunas reflexiones sobre el por qué y el cómo de este método de excepción que tiene por meta facilitar la evacuación espontánea o provocada de todo derrame y eventualmente de todo foco séptico residual, impidiendo la reaparición de procesos supurativos y manejar una pared infectada o necrosada, responsable eventualmente de una resiembra peritoneal.

LOS ENFERMOS Y SUS LESIONES

Nuestros pacientes eran 8 mujeres y 23 hombres de todas las edades. Con la excepción de un niño de 13 años, todos eran adultos con una edad media de 56 años, con extremos de 35 y 75 años.

En todos los casos, la condición de los enfermos era grave, teniendo como causa fundamental, una insuficiencia respiratoria en 5 observaciones, circulatoria en 7 y renal en 3. Es de hacer notar también la existencia de un shock séptico reiterado en 11 observaciones, de trastornos metabólicos en dos casos y de hemorragia digestiva en otro. La suma de más de dos factores de este orden representa un elemento de mayor gravedad; cuatro factores asociados entrañan la muerte del paciente.

La lesión original asienta 28 veces sobre 31 en el piso inframesocólico del abdomen. Se trataba 23 veces de una peritonitis fecaloidea es decir por efracción colónica, debida a una desunión anastomótica post colectomía en 16 casos, y a una perforación cólica espontánea, 3 veces de origen neoplásica y 4 de origen diverticular.

De nuestros 31 pacientes operados, 14 habían sido ya operados una vez y 14 dos veces; en dos casos se trató de una cuarta reintervención. Esto explica la importancia del componente parietal; bordes de la herida retraídos, infectados, supurados necróticos. En suma, en todas las observaciones nos encontramos frente a una "incompetencia parietal" cualitativa y/o cuantitativa.

LA REINTERVENCION

No hay nada cambiado a las reglas habituales de tratamiento de las peritonitis: vía de abordaje amplia, toilette peritoneal minuciosa, erradicación de los focos infecciosos, renunciando a la realización de toda sutura o anastomosis, que se haría en medio hiperséptico. Abocamiento a la piel indispensable de los orificios intestinales (colostomía en 6 observaciones y enterostomía de salvataje en 18, de los cuales en 3 se hizo reinstilación autoregulada del quimo del cabo proximal en el distal), abundante lavado con eventual adición de un anti-séptico, pero jamás de un antibiótico, en fin drenaje por láminas tubulares de silastic de todas las zonas declives (logias subfrénicas y fondo de saco de Douglas), con, si es necesario (4 observaciones) colocación en la pelvis menor de un Mikulics, capaz de aspirar por capilaridad todo derrame de esta región de baja presión.

Pero estos abdomenes así dejados abiertos plantean dos problemas aquel de la protección visceral y el de la contención parietal.

Es por ello que hemos adoptado por una parte la "lymousse", placa esponjosa de poliuretano y por otra parte "ventrofil", protesis que aseguran una buena permeabilidad y una solidez satisfactoria, con ausencia de maceración y a pesar de todo permitir un acceso facil a la cavidad peritoneal.

La gran ventaja de esta "laparostomía" es el permitir la exploración de la cavidad peritoneal en la búsqueda de focos sépticos residuales. Ciertos autores

han preconizado una limpieza cada 24 o 48 horas, de entrada bajo anestesia general, luego bajo analgesia en el lecho del enfermo. Esta limpieza sistemática, de realización fácil, puesto que el abdomen está abierto y que los pacientes son mantenidos en un plan de asistencia respiratoria no nos parece sin inconvenientes. Es en realidad forzados, que nosotros exploramos la cavidad peritoneal, delante por ejemplo de una deterioración importante del estado general a pesar de una adecuada reanimación. En nuestra serie esta limpieza de la cavidad peritoneal no ha sido realizada más de tres veces y cada vez a sido objetivada y ha podido ser drenado un absceso residual, siempre situado en las goteras parietocólicas.

La placa de "lymousse" no puede, de acuerdo a nuestra experiencia, quedar en el lugar más de tres días, pero nosotros no la cambiamos jamás más de tres o cuatro veces, pues aparece muy rápido un tejido de granulación. La placa es entonces remplazada por una lámina de "Scurasil" cuya meta es proteger las vísceras subyacentes del trayecto de las "ventrofil", que son colocados de nuevo cada vez que se cambia la placa, haciendo una aproximación de los bordes de la herida, a partir de los cuales, alrededor de la sexta semana, la herida se epidermiza progresivamente.

Todo material de protección y de contención puede entonces ser retirado. Es de notar que en las seis últimas observaciones, para acelerar el cierre total, que se hace de ordinario en dos a tres meses nosotros hemos utilizado un injerto delgado de piel; el resultado ha sido excelente. En todos los casos, por supuesto, queda una eventración cuyo tratamiento será considerado ulteriormente.

MORTALIDAD

De los 31 operados contabilizamos 15 fallecidos, de los cuales 11 pueden ser vinculados al contexto séptico de la lesión inicial, sea de forma precoz en tres observaciones, es decir en los primeros días que siguen a la reintervención, por persistencia del shock toxi-infeccioso, o sea de forma tardía en ocho observaciones, de una a cuatro semanas después de esta última, por reaparición de complicaciones infecciosas o supurativas.

Nosotros encontramos, cuatro pacientes que fallecen por insuficiencia viscerales, en quienes el problema séptico parecía controlado.

La edad no nos parece un factor de buena o mala evolución. Por contra tenemos una muerte sobre siete laparostomías simples, uno sobre seis laparostomías con colostomías y 13 muertes sobre 18 laparostomías con enterostomías. La necesidad de una enterostomía complementaria nos parece un factor agravante.

En cuanto al número de intervenciones previas, juegan también un rol decisivo. Es así que cuando no

ha habido reintervención previa hay 4 muertes y 11 curaciones. Pero cuando ha habido dos intervenciones o más, tenemos 11 fallecidos y 5 curaciones. Se trata ciertamente de una pesada mortalidad, pero no se debe de olvidar que se trata en todos los casos de situaciones desesperadas.

COMENTARIOS

Como lo hemos señalado esta "evisceración terapéutica" voluntaria no implica el no respeto de las reglas habituales en el tratamiento de las peritonitis gravísimas.

Así, la erradicación de un foco causal ha sido realizada en todos nuestros pacientes. Frente a las situaciones de desunión anastomótica, el no restablecimiento de la continuidad digestiva, equivale a la erradicación del foco original, de donde surge la conducta de abocamiento a la piel de los cabos intestinales. Esta actitud ha modificado el pronóstico de las peritonitis graves (82.50/o de mortalidad, cuando había reconstrucción del tránsito intestinal, 38.30/o cuando ha sido realizada una enterostomía de salvataje).

La ileo o colostomía, colocada a distancia de los bordes de la herida, permite rápidamente un reinicio de la alimentación enteral. En aquellos casos de resección alta y masiva del intestino delgado, se procede a la reinstilación del quimo del estoma proximal en el distal, con la ayuda de una bomba. En 3 pacientes nosotros hemos notado una mejoría rápida del estado nutricional, testimonio del efecto inhibitorio retrógrado de esta instilación autoregulada del quimo.

La laparostomía permite una evacuación a través de la placa de "Iyomousse" de todos los derrames, pero este avenamiento es insuficiente e imperfecto y por ello nosotros lo completamos con la ayuda de láminas de "sylastic", cuya eficacia es remarcable a condición de que el orificio de salida se encuentre lo más posterior que sea posible, lejos de la evisceración terapéutica. Así, se pueden evitar los fracasos conocidos anteriormente con las irrigaciones-lavado, responsables de una reacción plástica, que excluía rápidamente los distintos avenamientos colocados, y se encontraba en el origen de los múltiples tabicamientos a lo cual colaboraba la inmovilidad de las asas intestinales debidas al ileo reflejo postoperatorio.

Esta ausencia de cierre parietal debe acompañarse de la asociación de otras medidas que son habituales en toda cirugía digestiva de alto riesgo: antibiótico-terapia, dirigida de preferencia hacia los gérmenes anaerobios (metronidazol endovenoso desde el preoperatorio y durante 5 días por lo menos), asistencia polivisceral y en especial respiratoria, en razón de la perturbación de la función respiratoria como consecuencia de la desaparición de los puntos de apoyo anteriores, necesarios para un juego respirato-

rio correcto; apoyo nutricional, con hiperalimentación por vía parenteral subclavia o yugular.

La indicación para dejar la pared abdominal abierta surge de la apreciación de parámetros generales, abdominales y parietales.

Los parámetros generales son aquellos ya recordados, que dan a la peritonitis una noción de gravedad: shock séptico, insuficiencia circulatoria, respiratoria o renal. Los parámetros abdominales son de orden visceral (solución de continuidad, generalmente colica y post-anastomótica) y de orden peritoneal (peritonitis estercoracea, lo más frecuente, difusa o localizada). Los parámetros parietales resultan de una dehiscencia, en relación con una distensión abdominal debida al ileo reflejo, pero sobre todo con una retracción de los bordes de la herida consecutiva a las intervenciones previas. Es en hecho, delante de estos factores parietales que la laparostomía se impone, sobre todo cuando al componente mecánico se agrega como elemento más decisivo, la mala calidad más o menos aparente de los bordes de la herida a aproximar, que ellos estén infectados, supurados y/o necrosados. El abdomen abierto se transforma entonces en un recurso útil, que ha permitido evitar la muerte casi segura de 16 operados sobre un total de 31.

CONCLUSIONES

En el tratamiento de las peritonitis gravísimas, así definidas, por ser de origen fecal (por efracción cólica), postoperatoria (por falla de sutura) o ser iterativas (3 reoperaciones en casi todas las observaciones), una vez resuelto el problema visceral, insistiendo en lo indispensable del abocamiento de los cabos intestinales cuando hay solución de continuidad en el tubo digestivo y tratada la cavidad peritoneal con lavado abundante y avenamiento de las zonas declives por aspiración o capilaridad, quedan por considerar los problemas parietales.

El cierre a todo precio, de una amplia solución de continuidad de la pared abdominal bordeada por tejidos retraídos que son asiento de grados variables de infección, supuración o necrosis, es catastrófico. La "evisceración controlada" ha determinado en nuestra serie una baja en la tasa de la mortalidad, que en dos años a pasado del 830/o al 480/o.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHAMPAULT G., MAGNIER M., SALMON F.P., ROCHE J.V., PATEL J.C.: L'Eviscération: élément thérapeutique des péritonites. *Nouv. Presse Méd.*, 8, 1349, 1979.
2. CHARLEUX (H.), MOUGREDIEN (Ph.), ANFROY (J. P.), NORMAND (ph.) FECHELLE (A.). - A propos de "la non fermeture pariétale dans la chirurgie des péritonites. *Chirurgie*, 106:63, 1980.
3. FAGNIEZ (P.L.), VILLET (R.), LEGALL (J.R.),

- SALVAT (A.), GERMAIN (A.). - La non fermeture pariétale dans la chirurgie itérative des péritonites. *Chirurgie*, 106: 293, 1980.
4. GUIVARC'H (M.), ROULLET-AUDY (J.C.), CHAPMANN (A.). - La non fermeture dans la chirurgie itérative des péritonites. *Chirurgie*, 105: 287, 1979.
5. HAY (J.M.), DUCHATELLE (P.), ELMAN (A.), FLAMANT (Y.), MAILLARD (J.M.). - Les ventres laissés ouverts. *Chirurgie*, 105: 508, 1979.
6. LAUNOIS (B.), MAILLARD (J.M.). - Pathogénie des péritonites. Indications thérapeutiques. Conceptions actuelles. *Ann. Chir.*, 22: 811, 1968.
7. LEVY (E.), PARC (R.), LOYGUE (L.), LOYGUE (J.). - Stomies terminales jéjunales ou iléales temporaires de sauvetage avec réinstillation autorégulés. *Nouv. Presse Méd.*, 6: 461, 1977.
8. LEVY (E.), PARC (R.), CUGNENC (P.L.), LOYGUE (J.). - Réflexions élémentaires sur le traitement des péritonites graves: 650 cas. *Nouv. Presse Méd.*, 9: 258, 1980.
9. LOYGUE (J.), GERMAIN (A.). - Paroi fermée ou ouverte dans la chirurgie itérative des péritonites. *Act. Chir.*, I 169, 1981.
10. MAILLARD (J.N.), LEVY (E.), PARNEIX (M.), BOISSEL (P.). - Traitement chirurgical des péritonites post-opératoires. *Act. Chir.* 1: 146-, 1980.
11. NEIDHART (J.M.), KRAFT (P.), MORIN (A.), ROUSSON (B.), CHARROUX (B.), ROUBIN (M.). - Le traitement à "ventre ouvert" de certaines péritonites et infections pariétales abdominales graves: note technique sur le procédé personnel de la "jupe plastique". *Lyon Chir.*, 4: 272, 1979.
12. SALMON (R.), GAYRAL (F.), BARE (A.), DESCORPS-DECLERE (A.), LARRIEU (H.). - Couverture des éviscérations après péritonite. *Nouv. Presse Méd.*, 8: 136, 1979.