

PERITONITIS NEUMOCÓCCICA DEL ADULTO

Walter - R. SUIFFET

La oportunidad de haber recogido algunas observaciones de esta afección en los Servicios del Prof. Albo y del Prof. Stajano, y el hecho de considerarlo de interés, nos lleva a hacer la presente comunicación.

Hemos estudiado tres casos de forma septicémica con el correspondiente control bacteriológico indiscutible.

La peritonitis neumocócica es poco frecuente en el adulto y eso llama la atención por ser el neumococo un huésped habitual de las vías respiratorias y que ocasiona serios trastornos en él, colonizando en cambio, raramente en el peritoneo.

La peritonitis ocupa solo un 1 % de las localizaciones del neumo. Siempre se nos ha presentado un problema angustioso de

Dificultades de diagnóstico. — El verdadero problema se presenta en las primeras horas cuando se ve al enfermo por primera vez y la dificultad estriba en que la peritonitis a neumo semeja a la perfección cualquier cuadro agudo peritoneal y en ese momento en la mente del cirujano surge esta duda muy amenudo sin solución: ¿apendicitis aguda con peritonitis?, ¿peritonitis neumocócica? Es desde este punto de vista que creemos se debe plantear el problema.

OBS. 1. — F. de P., 34 años. Ur. Cas. — Ingresa con un cuadro difuso peritoneal de 24 horas de evolución. Comienzo con dolor en F. I. D. luego generalizado a todo el vientre, vómitos y chuchos de frío intensos que se repitieron varias veces en la noche, con gran sensación de calor y sudores profusos, apareciendo luego diarrea abundante que persiste cuando la vemos.

Antecedentes: s/imp.

Examen: Estado general grave, facies de intoxicación profunda. Disnea. Lengua y labios secos. Taquicardia. Temp. ax. 39°.

Abdomen globuloso saliente en la parte media, distendido, poco móvil a la respiración. A la palpación dolor en todo el vientre sobre todo en la parte inferior, con defensa dolorosa generalizada más neta en el hemiventre inferior.

Ex. genital: Flujo abundante, fétido. Fondos de saco muy doloroso. Utero doloroso a la movilización. No se palpa nada anormal.

Cardíaco y pulmonar s/p.

Se interpreta como una peritonitis generalizada y se interviene.

Intervención: Anestesia local. Novocaína al ½ %. Mediana infraumbilical. Al abrir peritoneo sale pus seroso, luego pus amarillo espeso que se recoge para examen. No se encuentra causa local de la peritonitis. Trompas congestivas y cvarios grandes. Tubo en el Douglas. Cierre en 3 planos. Crin.

Examen directo del exudado: neumococo.

Evolución. — La enferma sigue con estado general grave, lengua y labios secos. Al día siguiente, disnea, 52 respiraciones por minuto, facies neumónica y a la auscultación se nota en la base izquierda un pequeño soplo sin estertores. Ex. de orina. Albúmina 2 gr. 90^o/₁₀₀ cilindros granulosos y glóbulos de pus. El examen histo-bacteriológico muestra un diplococo Gram +. El hemocultivo a las 16 horas desarrolla *neumococos*. En los días siguientes sigue con el mismo cuadro, haciendo un nuevo foco a derecha y fallece a los 7 días de su ingreso.

OBS. II. — M. P. de P., 50 años, uruguaya, casada. Ingresó el 30 de octubre de 1937. Hace 48 horas comenzó su enfermedad con dolor en la región sacra que luego se generalizó a todo el vientre, dolor a tipo cólico bastante intenso acompañado de vómitos y de diarrea; tuvo tres deposiciones en la noche, fétidas y muy abundantes. Siguió con dolor en todo el abdomen y diarrea. Oliguria marcada.

Antecedente: s/imp.

Examen: Buen estado general. T. 37²/₅. Pulso 110 regular.

Abdomen: Poco móvil a la respiración. Acusa dolor espontáneo en todo el vientre. A la palpación se nota resistencia elástica en todo el abdomen que cede a la palpación continuada. Dolor abdominal difuso. Gran dolor a la decompresión.

Pulmones y corazón: s/p.

Examen genital: Acortamiento de los fondos de saco por un proceso viejo. No dolorosos.

Exámenes de laboratorio: Albúmina 2 gr. 50. cilindros granulosos y hialinos. Leucocitosis 12.400.

Se sospecha una peritonitis de origen genital subagudo y se hace terapéutica médica.

A las 36 horas se constata el mismo cuadro físico abdominal, pero aparece disnea y disminución del murmullo respiratorio en la base derecha. Diarrea. Se sospecha el origen neumocócico y se solicita hemocultivo y estudio del retículo fibrinoso con el siguiente resultado: hemocultivo desarrolla *neumococo* a las 24 horas. Retículo fibrinoso muy aumentado.

En los días siguientes, continúa con el mismo cuadro, vientre distendido, diarrea fétida y abundante. Foco de estertores en el medio del pulmón izquierdo. Persiste el foco de la base derecha. Sigue con diarrea que desaparece algunos días para aparecer después. El día 13 se tiene la sensación de haber una colección en la F. I. D. que aunque no es bien neta, hace pensar que se esté constituyendo un absceso. A los 19 días aparece un derrame en la rodilla derecha. Se repite el hemocultivo, ahora negativo. Hace luego un absceso del codo que se incinde y en cuyo pus se encuentra el *neumococo*.

Derrame pleural de la base derecha que se punciona obteniéndose líquido turbio y cuyo examen bacteriológico muestra el *neumococo*. En los días siguientes sigue igual, con diarrea y focos pulmonares que aparecen y desaparecen en forma rápida. Se puncionan de nuevo las pleuras pero no se obtiene nada. Se punciona el Douglas por sospecharse un absceso pero no se obtiene nada. Sigue grave y fallece a las 32 días de su ingreso al hospital.

Protocolo de necropsia. — *Examen exterior:* cadáver de una mujer de mediana edad, denutrida, de tinte pajizo.

Abdomen un poco saliente en su parte media.

Livideces dorsales claras.

Tórax: hemitórax derecho: pleuras con adherencias viejas, esclerosas. y pared lateral y anterior del tórax. Colección de unos 600 c.c. de pus amarillento, bien ligado.

Pulmón de color rojo-grisáceo con hepatización de la base.

Ganglios hiliares grandes, blandos, de tipo inflamatorio.

Hemitórax izquierdo: pleuras: muestran algunas adherencias esclerosas unas y recientes otras. El pulmón está levantado, atelectasiado, por una pleuresía supurada enquistada. Colección limitada por el pulmón, diafragma y pared lateral y anterior del tórax. Colección de los 600 c.c. de pus amarillento, bien ligado.

El pulmón al corte, muestra además del proceso atelectásico y pequeños focos abcedados.

Ganglios hiliares, grandes, de tipo inflamatorio.

Pericardio: contiene una pequeña cantidad de líquido seroso, turbio.

Corazón de volumen normal, de color marrón-amarillento, blando, con una intensa miocarditis.

Sin lesiones valvulares ni endocárdicas.

Art. aorta con ateroma moderado en todo el cayado.

Art. pulmonar, sin lesiones macroscópicas.

Tráquea y bronquios, con secreción mucosa, turbia, adherente.

Esófago, de aspecto normal.

Ganglios mediastinales, grandes, inflamatorios.

Abdomen: incindida la pared, aparece la masa intestinal, formando una masa unida, adherida por un proceso de peritonitis fibro-adhesiva.

Al liberar estas adherencias, se abren numerosos focos abcedados, conteniendo un pus amarillento bien ligado.

En los flancos y en el Douglas se encuentran los mayores abscesos (150 a 200 c.c.).

Hígado: de volumen normal de color amarillento, con una intensa hepatitis degenerativa, difusa.

Vesícula biliar, canales biliares y páncreas, sin lesiones macroscópicas.

Bazo: muy alterado, convertido en una masa, necrótica de papilla turbia.

Tubo digestivo: todos los segmentos digestivos presentan el proceso adherencial fibroplástico.

Surrenales: chicas, con digestión de la medular.

Riñones con una intensa nefritis. De volumen normal de color amarillento, de consistencia uniforme al corte.

Uréteres y vejiga: uréteres permeables. Vejiga distendida, llena de orina clara.

Aparato genital: útero, chico, normal.

Ovarios, sin lesiones apreciables.

Trompas flexuosas, permeables.

Séptico. Piohemia.

(A. Castiglioni Alonso).

Cada vez que el médico se encuentra frente a una peritonitis neumocócica se plantea un serio problema de diagnóstico, que trae aparejado, frente a la duda, la indecisión terapéutica.

¿Se puede hacer diagnóstico más o menos precoz? ¿Qué elementos hay para ello?

En ciertas oportunidades puede presentarse el cuadro claro y clásico de esta afección, en otros casos ciertos elementos nos pueden llamar la atención y hacernos sospechar la verdadera causa de la peritonitis.

El dolor y los vómitos se presentan generalmente como en toda afección aguda, pero hay ciertos matices que pueden ser útiles.

El dolor es muy amenudo difuso, a veces con una máxima localización en F. I. der. o izq. o en hipogastrio, con variaciones en su intensidad. Los vómitos son frecuentes y repetidos por lo general. Estos dos signos funcionales pueden variar y a veces asociarse en forma que hagan sospechar la apendicitis.

Le debemos dar gran importancia a la diarrea fétida, serosa, abundante, acompañada de dolores a tipo cólico, pues la hemos observado frecuentemente. Hay que diferenciarlas de las falsas diarreas, pues en ellas lo que hay es tenesmo rectal; en cambio en las neumocócicas se trata de una verdadera diarrea.

Creemos que en todo cuadro en que se nos presenten dudas hay que darle gran valor, como elemento de diagnóstico, a la dia-

rea, sin querer decir con esto, que toda diarrea en procesos agudos abdominales, deba hacer el diagnóstico de neumocócica.

En los signos generales encontramos la fiebre elevada y la taquicardia que pueden ser útiles, aunque con ciertas reservas.

Las lesiones rinofaríngeas o pulmonares acompañando al cuadro serán un elemento de ayuda para el diagnóstico; no olvidar, sin embargo, que pueden estar ausentes o pueden aparecer en cuadros de otra naturaleza.

El examen físico nos muestra por lo general el abdomen doloroso, algo balonado y algo defendido ya en forma generalizada o predominando su sintomatología en el bajo vientre o en la F. I. derecha. Este cuadro tiene por consiguiente variaciones en su semiología, pero es de valor, asociado a los signos funcionales.

El examen de sangre nos muestra por lo general, leucocitosis altas, con grandes variaciones en su número. Sin embargo cuando son valores elevados debemos darle valor.

El hemocultivo tiene, claro está, valor definitivo cuando es positivo, pero tropezamos con el inconveniente que tarda 24 ó 48 horas en darnos su respuesta. Sin embargo debemos solicitarlo cada vez que tengamos la sospecha de estar frente a una neumocócica.

El examen del exudado vaginal, que tiene valor en los niños, no sirve en la mujer adulta, pues generalmente hay elementos asociados que hacen imposible la determinación del neumo.

La hiperinosis, está presente como en todas las infecciones a neumococo, y debemos investigar siempre el retículo fibrinoso que es un dato que se puede obtener con relativa rapidez y que si está aumentado es muy útil.

En resumen creemos que el diagnóstico es muy difícil, pero se podrá hacer en aquellos casos donde se asocien varios de los elementos indicados y sobre todo cuando nos acostumbremos a buscarlos con más conocimiento del síndrome. Sin embargo la duda forzará la mano del cirujano en muchas ocasiones.

Se ha aconsejado la punción peritoneal, que realizamos en uno de los casos por indicación del Prof. Albo. No tenemos experiencia, pero creemos que debe ser difícil obtener líquido en el primer momento, por la propia naturaleza del proceso, aunque esa vez fué positiva y útil. Nos parece que además puede ser peligrosa, por la posibilidad de punción intestinal.

La punción del Douglas es difícil que nos sea útil, pues en ese momento no debe haber colección formada, única oportunidad en que se deberá hacer.

En materia de tratamiento se nos presenta un nuevo problema, que deriva precisamente de las dificultades del diagnóstico: si éste nos presenta tantas dificultades siendo a veces imposible, nos veremos obligados a practicar una terapéutica en algunos casos puramente sintomática u orientada por un diagnóstico erróneo. Ya hicimos notar que en casos de duda, frente al dilema de dejar evolucionar una peritonitis de causa local, está justificada la exploración quirúrgica. La gran frecuencia de las peritonitis de causa local frente a las de causa general y el hecho de considerar mucho más grave contemporizar en una peritonitis de causa local que intervenir una neumocócica, creo que autorizan al cirujano a intervenir toda vez que tenga duda en el diagnóstico o cuando ésta persista luego de una observación de algunas horas.

La experiencia de los casos observados, me hace pensar que esa duda será muy frecuente y muy amenudo frente a ella deberá decidirse por la intervención por lo menos exploradora y que le hará dilucidar el problema.

Suponiendo que el cuadro clínico sea claro y que en el diagnóstico no aparezcan dificultades y sobre todo cuando se trata de verdaderas neumococcias, creo que la verdadera conducta es la expectativa médica por lo siguiente:

Se trata en realidad de verdaderas infecciones generales como lo prueba el hemocultivo generalmente positivo y las distintas manifestaciones viscerales: pulmonares, rinofaríngeas, renales.

Por consiguiente no se conseguiría nada interviniendo sobre una de las localizaciones, sobre todo cuando que en los primeros momentos no existe lesión constituida y no hay colección alguna a drenar.

Además, agregaríamos a estos cuadros ya serios, el tóxico anestésico, el shock operatorio y la abertura vascular de la incisión parietal que favorecería la diseminación. Por consiguiente el tratamiento deberá ser puramente médico.

En esos casos hemos utilizado:

Vacunación activa antineumocócica.

Seroterapia específica.

Transfusión sanguínea.

Inmuno transfusión.

Medicación chocante con:

Metales coloidales: plata coloidal.

Proteinoterapia: leche intramuscular.

Tratamiento tónico general.

Digitalina, alcanfor, estriquina, sueros, etc.

Hemos estudiado el problema de las primeras horas; la evolución hacia la resolución o a la colección intra - abdominal creará nuevas indicaciones, en los días siguientes.

Relator: Dr. JUAN C. DEL CAMPO

El tema de peritonitis neumocócica que renueva la comunicación del Dr. W. R. Suiffet fué tratado ya en esta Sociedad en el año 1932 a propósito de una comunicación de los Dres. Larghero, Bado y Vigil.

Desde ese tiempo a esta parte ningún hecho nuevo ha modificado fundamentalmente la cuestión.

El Dr. W. Suiffet presenta 3 casos de peritonitis neumocócica aguda del adulto, correspondiendo a la forma septicémica aguda primitiva, que es la verdaderamente interesante. Recordemos que esta forma, cuya individualización debe ser el punto de partida de toda discusión o apreciación de orden general, responde a las siguientes características:

- 1) Infección difusa peritoneal, en general a situación primitiva pelvi - abdominal.
- 2) Independencia de una afección intraabdominal preexistente.
- 3) Acompañamiento de fenómenos septicémicos, a los cuales se atribuye verosímilmente el origen de la peritonitis.

Esto nos permite eliminar todos aquellos casos en que el neumococo, aunque presente en el exudado peritoneal no cambia la característica general del cuadro que se debe a otros motivos (peritonitis apendicular, anexial, etc.).

El punto de interés, el eje del asunto lo constituye la solución práctica del caso. Se ha sostenido repetidamente que el tratamiento quirúrgico de esta forma es perjudicial.

Los resultados desfavorables lo son en primer lugar a la luz de los hechos. Encuentran por otra parte apoyo en consideraciones teórico - prácticas. De los dos actos esenciales del tratamiento quirúrgico de las peritonitis, la supresión de la causa y el drenaje del exsudado purulento, el primero que es sin duda alguna el más importante (único mismo para algunos autores) no puede ponerse en práctica; en cuanto al segundo es discutible tanto desde el punto de vista fisiopatológico, como desde el punto de vista clínico. Y no es la primera vez que la autopsia demuestra que el tubo no ha podido llenar la función que se le ha encomendado, es decir, la eliminación del exsudado a medida de su producción.

Agreguemos a ésto la idea netamente arraigada del perjuicio de las intervenciones en período septicémico, antes de que los focos inflamatorios hayan sido circunscriptos por el organismo.

Hay pues una abundante argumentación en favor de la abstención, argumentación lógica que compartimos en absoluto, como lo demuestra el hecho de habernos abstenido en los tres casos de peritonitis neumocócica aguda del adulto en los cuales hemos tenido que decidir.

Es necesario, sin embargo, señalar dos puntos.

1º) Hay una diferencia de grado, importante, en el perjuicio admitido de una intervención.

Que una amplia intervención, con recorrido sucesivo de los diferentes focos de origen de una peritonitis, con amplio manoseo de vísceras, acompañada a veces, mismo de alguna extirpación laboriosa de apéndice sea perjudicial no creemos que haya nadie que lo discuta.

Que sea de vital importancia una botonera, con anestesia local, destinada a constatar — no a extirpar — el estado de un apéndice (único diagnóstico práctico de interés) cuando no podemos eliminarlo como causante del cuadro clínico, me parece a mí, discutible.

2º) El hecho de que la intervención retardada sea de mejores resultados que la reciente, no tiene una significación absoluta.

Lo que es necesario establecer con precisión es cuantos en-

fermos de los que se presentan con cuadro inicial septicémico alarmante, mejoran con tratamiento médico.

Y en ese sentido necesitamos de la experiencia de todos.

Muchos de los enfermos que han sido operados tardíamente, han llegado tardíamente al cirujano, lo que es quizás una señal de que en los primeros días su estado no era alarmante.

Otros enfermos fallecen, aún mismo sin operación y me parece un poco simplista la idea de atribuir siempre a la intervención, una muerte que pudo perfectamente producirse sin ella.

Un caso personal permite aclarar bien lo que digo.

El enfermo es sometido a terapéutica médica. La punción del peritoneo permite constatar el neumococo. El enfermo fallece tres días después, sin operación, sin que la muerte pueda atribuirse a la evolución de la peritonitis, peritonitis que la autopsia demostró estar en vías de regresión. Es decir, fué la septicemia neumocócica la que determinó la evolución fatal. Operado no hubiera faltado quien dijera que era la operación la que había provocado la muerte.

Es por lo tanto la conducta a tener frente a los casos agudos septicémicos y dentro de las primeras 24 a 48 horas, lo que tiene interés.

Y de aquí deriva la importancia del diagnóstico clínico.

El Dr. Suiffet ha señalado todos sus elementos, haciendo a propósito de cada uno de ellos anotaciones prudenciales respecto a su constancia.

Yo no repetiré los diferentes rasgos del cuadro clínico clásico, bien conocidos, afirmando solamente que estas peritonitis septicémicas tienen una individualidad clínica indudable, que permite su identificación como lo he manifestado en un trabajo sobre peritonitis estreptocócica en el adulto.

El diagnóstico es pues posible clínicamente, pero requiere, como otros, el aprendizaje personal y dado que los casos no son frecuentes, esto último se hace difícil.

El Dr. Suiffet que en su pasaje por el H. Pedro Visca se preocupó por este problema presentando con el Dr. Raúl del Campo un trabajo sobre peritonitis neumocócica en el niño, vió por ésto facilitada su tarea, permitiéndole orientarse en la pato-

logía peritoneal aguda del adulto y encontrar en poco tiempo tres casos.

Las dificultades empiezan cuando sobre el diagnóstico quiere basarse un tratamiento.

Porque ese diagnóstico tiene como todos los diagnósticos un porcentaje de error. Se le puede confundir con las peritonitis estreptocóccicas, con las peritonitis gonocóccicas, con las peritonitis apendiculares. Es éste último el que tiene verdadero interés. Todo el terror de la abstención está sintetizado en la frase: dejar evolucionar una apendicitis aguda. El hecho ha pasado y seguirá pasando.

Y desde este punto de vista las exigencias actuales son muy grandes; no se pide un porcentaje honorable de aciertos, se pide el 100 %.

Yo creo que el diagnóstico clínico alcanza para iniciar una terapéutica abstencionista. Las tres veces que nos hemos encontrado frente a peritonitis neumocóccica del adulto hemos tomado esa decisión.

Confesamos que no nos asusta el error con la apendicitis aguda, porque siguiendo el enfermo de cerca, cada tres horas, ese error es reparable, porque el tratamiento médico inicial de la apendicitis aguda, indeferrible como método general lo es en condiciones determinadas, de excepción. Recordemos, sin querer reabrir un debate del cual no creemos se saque beneficio, que cirujanos de la talla de A. Oschner, Sherren, Hamilton Bayle, sin citar otros, creen que en ciertos casos de peritonitis difusa de origen apendicular que son los que pueden dar lugar a confusión, el tratamiento médico inicial y la operación postergada dan un porcentaje de sobrevividas mayor que la operación inmediata.

Si el enfermo mejora nada se opone a la continuación de la terapéutica abstencionista.

Pero si el enfermo empeora se hace difícil mantenerse en esa actitud.

La seguridad de tratarse de una peritonitis neumocóccica lo permitiría. Circunstancias clínicas, otros focos seguramente neumocóccicos, pulmonar, pleural, articular (o en los cuales pueda individualizarse el neumococo) pueden ayudar.

La punción del peritoneo, rechazada por el Dr. Suiffet, es una maniobra que hemos efectuado varias veces, pero que no nos

satisface enteramente, tanto por el supuesto peligro de puncionar un ansa como por la dificultad de extracción de pus en el principio.

Debemos a ella una aclaración de un diagnóstico de peritonitis a neumococo. No la criticamos abiertamente y nos resulta difícil opinar sobre lo que no se ha hecho suficientemente.

Y por nuestra parte nos inclinamos a otra solución.

Si el diagnóstico clínico sigue siendo el de peritonitis a neumococo somos partidarios de hacer una pequeña botonera (suprapúbica) con anestesia local que permitirá extraer de la vecindad de la incisión o del Douglas las pocas gotas de pus necesarias para un examen bacteriológico. La constatación de un pus monomicrobiano a neumococo es en esos casos de enorme valor.

La posible confusión entre el neumococo y el estreptococo no cambia la orientación terapéutica: se trata de peritonitis septicémicas pasibles de idéntico tratamiento.

La posibilidad de existencia de apendicitis a neumococos, posibilidad innegable, es reducida en importancia por el hecho de que las apendicitis a neumococos se presentan clínicamente como apendicitis comunes.

Si clínicamente se hace difícil eliminar la apendicitis aguda, no cuesta nada situar la botonera en la fosa ilíaca derecha y agregar al examen del pus, un examen rápido del apéndice, sin maniobras de extracción.

No opinamos sobre las indicaciones médicas particulares a este tipo de infección peritoneal por no tener práctica de ellas.

Creo que la Sociedad debe agradecer al Dr. Suiffet el haber traído estos casos de peritonitis neumocócica del adulto, no solo por su poca frecuencia sino también por la necesidad de mantener estos temas siempre en el tapete y propongo que se publique su trabajo en el Boletín.