

SESION PLENARIA

TEMA :

TRATAMIENTO
DE LAS PERITONITIS AGUDAS

PERITONITIS AGUDA DE ORIGEN GENITAL FEMENINO

Dres. LUIS F. BURJEL y GILBERTO PIGNATA

Definición: Son los procesos inflamatorios agudos de la serosa peritoneal, microbianos o no, y que tienen como punto de partida un foco genital femenino.

I) ETIOPATOGENIA

AGENTE ETIOLOGICO

A) *Microbiana.* B) *No microbiana*

A) *Etiología microbiana.*— Tres tipos de gérmenes dominan en la patología femenina:

La infección gonocócica, cuyo germen es el gonococo que se caracteriza por ser: un germen Gram negativo, de forma diplococo, intracelular en los exudados, parásito exclusivo de la especie humana, muy sensible a los agentes físicos, pero muy resistente en la intimidad celular o en los exudados, tiene distintas capas, se reproduce cada 15 minutos, haciéndolo perpendicular al plano de separación (desarrollo planimétrico), ama los epitelios cilíndricos y de transición, no vive en simbiosis con otros gérmenes.

La infección séptica, en general polimicrobiana, se encuentran: 1) Los gérmenes piógenos banales: estreptococo, el más frecuente de todos y, dentro de sus variedades, el hemolítico es el más común; el estafiloco, seegundo en frecuencia, la variedad albus o flavus son los más comunes; colibacilo que, cuando se asocia con el estrepto, aumenta su virulencia. 2) Gérmenes

anaerobios: algunos son saprófitos habituales de las cavidades orgánicas (vagina y uretra), así el estreptococo anaerobio, bacilo fusiforme, el micrococo; otros son gérmenes que se desarrollan fuera del organismo: bacilo perfringens, bacilo aerógeno capsulatum y bacilo flemonoenfisematoso. La asociación de gérmenes aerobios y anaerobios, potencializa enormemente cada uno de ellos.

La infección tuberculosa, cuyo germen es el bacilo de Koch, ácidorresistente, Gram positivo y gran resistencia a los cultivos.

B) *Etiología no microbiana*.— Pueden ser sustancias de contraste para estudios radiológicos, o sustancias introducidas con fines abortivos.

MECANISMOS DE INFECCION DEL PERITONEO A PUNTO DE PARTIDA GENITAL

La infección llega al peritoneo por:

1) *Vía canalicular*.— Esta vía es de preferencia, tomada por la infección gonocócica. Su característica es de ser una infección catarral aguda de las mucosas genitales que llega al peritoneo. El gonococo, por su característico desarrollo planimétrico y no en profundidad, y por su apetencia a los epitelios cilíndricos y de transición, explica la afinidad por esta vía, ya que todo el aparato genital tiene dichos epitelios de recubrimiento de sus mucosas.

Esta infección canalicular comprende las siguientes etapas: cervicitis, endometritis, salpingosforitis y peritonitis.

2) *Vía célula-linfa-vásculo-venosa*.— Es la propagación de la infección por los pedículos celulares conjuntivos perigenitales pelvianos, pedículos linfáticos genitales y pedículos venosos genitales.

La propagación se hace siempre a punto de partida de una herida del tractus genital y toma de preferencia algunos de estos caminos para llegar al peritoneo, pero casi siempre están comprometidas simultáneamente varias de estas vías que hemos agrupado por eso en un solo título y a veces resulta difícil discriminar cuál de ellas es la de más jerarquía en un caso dado.

3) *Vía vascular arterial.*— Mucho menos frecuente que las anteriores, es tomada de preferencia por la infección tuberculosa, presupone un foco primitivo, preferentemente pulmonar, punto de partida desde donde son vehiculizados los gérmenes a los órganos genitales y al peritoneo pelviano.

4) *Por contaminación directa.*— Ya sea por contaminación de una intervención sobre los órganos genitales o por maniobras instrumentales, tales como: dilataciones cervicales, legrados o biopsias, perforaciones accidentales, culdoscopia, histerografías.

Factor terreno.— Debemos considerar el estado anatomofuncional variable: a) Con la edad: en la niña, la exigua cantidad de estrógenos circulantes disminuye la capacidad defensiva del mecanismo de autodepuración de la vagina por falta de la acción trofomorfogenética de la misma; en la mujer adulta, este mecanismo está altamente capacitado para luchar contra los microorganismos. b) Con el estado particular del órgano uterino en la menstruación y el puerperio que presentan, ambos, las características de dejar ampliamente abierta la vía canalicular al abrir el orificio interno del cuello, la existencia de una herida de la mucosa y la presencia de restos necrobióticos y hemáticos en la cavidad que facilitan la pululación microbiana.

Además, debemos considerar también como factor terreno el estado alérgico del sujeto, ya sea constitucional o adquirido en este último, dependiendo la hiperergia o inmunidad de las etapas previas de contacto entre el germen y el huésped que lo aloja y condicionando distintas manifestaciones reactivas en relación con dichos estados.

II) FISIOPATOLOGIA

Propiedades del peritoneo pelviano.— En relación con los procesos agudos de origen genital:

Absorción.— La zona del peritoneo que nos interesa es, de acuerdo a Fowler y Boder, la zona subumbilical, la que es de la mayor capacidad de absorción.

Exudación.— La modalidad de exudación frente a los tres tipos de infección microbiana señalados anteriormente, es varia-

ble según el germen (grado de infección y virulencia de la misma) y según el estado del terreno (estado general e inmunobiología del paciente). Las características más importantes de cada uno de ellos son:

En la infección gonocócica, es una exudación fibrinopurulenta, con marcada tendencia plástica de los exudados, lo que contribuye a la precoz formación de las adherencias. El pus es de color amarillo verdoso, sin olor y bien ligado.

En la infección séptica, el exudado peritoneal libre no tiene tendencia aplástica; en la peritonitis hiperséptica fulminante, el exudado es escaso y puede faltar; en la peritonitis aguda, al comienzo hay una pequeña cantidad de exudado libre seroso turbio con grupos purulentos, en el período de estado se encuentran abundantes exudados que su aspecto varía con el germen; así, el del estreptococo, es seroso o seroso turbio o seropurulento; el del neumó y estafilo, purulento franco; el del colibacilo, sanioso y mal oliente.

En la infección tuberculosa se ven las clásicas granulaciones miliares o tuberculosis fibrocásea, sembrando el complejo anexo peritoneal.

Formación de adherencias.— Con la misma modalidad exudativa peritoneal, hay tres tipos de adherencias que caracterizan las reacciones: el de la infección gonocócica que es una adherencia laxa, fácilmente separable por disección roma (en tela-raña); el de la infección séptica: adherencias firmes, carnosas; el de la infección tuberculosa, adherencias firmes, esclerosas con destrucción parcial del órgano.

Sensibilidad.— El fondo de saco de Douglas es la porción más sensible del peritoneo pélvico. Este peritoneo, al inflamarse, produce síndromes funcionales en los órganos que recubre.

Vías que siguen los exudados.— A la pelvis mayor se ubican los siguientes espacios: parietocólico izquierdo; mesentéricocólico izquierdo y derecho, retroepiploico; parietocólico derecho; espacio preepiploico.

De todos estos espacios, el mesentéricocólico izquierdo retroepiploico se aboca ampliamente por su extremo inferior a la pelvis y es hacia este espacio que los exudados pelvianos tien-

den a subir con preferencia. No obstante, el epiplón mayor y el asa sigmoide con su meso, tienden a bloquear este camino por medio de su participación en el complejo inflamatorio-adherencia.

El Douglas es el lugar declive donde, de preferencia, se acumulan estos exudados, aunque también puede haber colecciones suspendidas entre las asas intestinales y los órganos genitales adheridos.

III) FORMAS ANATOMOCLINICAS

Se distinguen tres formas principales:

PERITONITIS GONOCOCCICA AGUDA

Conceptos etiopatogénicos y fisiopatológicos

Distinguímos: por contaminación directa del peritoneo, ocurre por la llegada del germen al peritoneo por el orificio abdominal de la trompa. No hay grandes lesiones previas en el aparato genital de cierto tiempo de evolución. La infección tiene lugar, primero en la vía ginecológica baja y asciende a los anexos en el período menstrual próximo. Se encuentra así una salpingitis aguda catarral gonocócica que deja salir pus al peritoneo, pus que es abundante y llega hasta el hipogastrio y ambas fosas ilíacas.

Por ser una peritonitis fibrinopurulenta con marcada tendencia plástica del exudado, tiende a la formación de adherencias, que fija el anexo a los órganos vecinos y por eso mismo también tiene poca tendencia generalizarse al resto del peritoneo.

Por propagación secundaria: aquí existen lesiones de cierto tiempo de evolución, el gono ha lesionado en una etapa previa a los órganos genitales dando: ya una salpingitis obstructiva, hidrosalpinx, piosalpinx o hematopiosalpinx; ya una salpingitis nodosa; ya una soforitis, exudativa intersticial o parenquimatosa; ya un absceso o quiste tubo-ovárico. Estos procesos, por exacerbación de los mismos (recalentamiento) o por perforación, pueden dar distintas formas de peritonitis: ya localizadas, cuando le reencendido de la lesión es poco intenso y hay adherencias: perimetritis, perisalpingosoforitis; ya generalizadas pelviperitonitis con colección en el Douglas.

Características clínicas

Síntomas.— Los hay locales: dolor a inicio brusco, localizado en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, a veces irradiado al dorso e hipocondrios. De intensidad progresiva, clásicas llamadas peritoneales, exquisito dolor difuso. Frecuente cortejo de síntomas funcionales de órganos pelvianos: poliaquiuria, disuria, tenesmos rectal. Poco frecuentes síntomas funcionales digestivos.

Los síntomas generales: conservación del estado general, fascies congestivovultuoso, fiebre no muy intensa, pulso taquicárdico pero bueno.

Signos.— Dolor provocado con la tos, predomina en bajo vientre. Contractura y defensa en el hemiventre inferior, más intensas cuanto más nos acercamos al pubis. Depresibilidad en hemiventre superior. Hiperestesia cutánea.

Al examen genital: flujo amarillo verdoso por el orificio externo del cuello. Fondos de saco vaginales exquisitamente dolorosos; a partir del tercer día de evolución se pueden percibir dos tumefacciones laterales en los fondos de saco, exquisitamente dolorosas. Movilidad uterina muy dolorosa.

Evolución de los síntomas: al séptimo día espontáneamente tiende a disminuir el cuadro clínico con una atenuación progresiva de los síntomas y signos, pasando al período subagudo.

PERITONITIS SEPTICAS AGUDAS DE ORIGEN GENITAL

Conceptos etiopatogénicos y fisiopatológicos

Etiológicamente las agrupamos en tres tipos:

1) *Peritonitis con puerta de entrada en una herida de los órganos genitales femeninos.*— Estas heridas pueden ser fisiológicas o patológicas.

Entre las fisiológicas están: la menstruación, que provoca la apertura del orificio interno del cuello, la alcalinización de la vagina y necrobiosis de la mucosa uterina; parto y puerperio que provocan apertura del cuello, herida del endometrio y a veces insuficiente contracción miometrial que deja abiertos las venas y linfáticos, y alguna herida del cuello o vagina.

Entre las patológicas: el aborto provocado que añade a las condiciones predisponentes señaladas en el párrafo anterior, la de la agresión instrumental; los tumores ulcerados del tractus genital; las heridas traumáticas accidentales: coito, dilataciones, etcétera.

2) *Peritonitis a punto de partida de órganos genitales previamente enfermos.*— Estos pueden estar afectados de: piosalpinx; abscesos del ovario, abscesos o quistes tubo-ováricos; quistes de ovario complicados (torsión, infección, hemorragia); abscesos por miometritis disecante; perforaciones espontáneas de útero.

3) *Peritonitis por defectuosa maniobra quirúrgica.*— Las vías que siguen la infección en la peritonitis séptica:

En la peritonitis a punto de partida de una herida en los órganos genitales, la o las vías pueden ser una o varias: ya la vía canalicular, ya la célula-linfo-vásculo-venosa, de preferencia esta última.

En la peritonitis por órganos previamente enfermos o por defectuosa maniobra quirúrgica, se hace por contaminación directa, por contigüidad o por perforación.

Etapas de las peritonitis sépticas.— La infección, extendiéndose al peritoneo vecino y a todo el peritoneo pelviano, recorre en general las siguientes etapas; aunque nos apresuramos a decir que no siempre las recorre todas, pudiendo detenerse o seguir a la siguiente, según el grado de infección y virulencia del germen:

Peritonitis localizada perianexial: la infección se localiza en torno al anexo o al útero y al peritoneo de sus inmediaciones.

Pelviperitonitis séptica propiamente dicha: la infección, extendiéndose al peritoneo vecino y a todo el peritoneo pelviano, provoca tumefacción y depulido del mismo, falsas membranas purulentas. El exudado se acumula en el Douglas de preferencia y los anexos están laxamente adheridos; el epiplón y el asa sigmoide bloquean parcialmente la pelvis.

Al pasar al período subagudo, la organización del exudado peritoneal da: tumor inflamatorio, abscesos suspendidos entre las asas delgadas entre sí o entre asas y anexos, piocele retrouterino o gran absceso de Douglas.

Peritonitis difusas libres: dentro de éstas es clásico distinguir la peritonitis puerperal linfógena, por infección hiperséptica estreptocócica, invasión masiva de los linfáticos y miometrio, predominando la septicemia sobre la peritonitis (septicemia peritoneal). La peritonitis sobreaguda por perforación de un absceso anexial uterino y la peritonitis aguda progresivamente intensa.

Estas peritonitis agudas difusas, toman de preferencia todo el piso inframesocólico del abdomen, pudiendo el exudado, además de acumularse de preferencia en el Douglas, llegar hasta bajo los diafragmas, formar múltiples abscesos entre las asas, tomar de preferencia algunos de los espacios parietocólicos o los dos, o formar peritonitis encapsuladas, subhepáticas o periesplénicas.

Características clínicas

Síntomas.— Locales: dolor a inicio lento y progresivo o brusco y chocante en las perforaciones; rápida tendencia a generalizarse. Frecuente cortejo de síntomas funcionales: poliuria y disuria, tenesmo. Frecuente cortejo de síntomas funcionales digestivos: vómitos, etc. Antecedente inmediato de aborto, parto, puerperio o maniobras instrumentales.

Síntomas generales: frecuente toque importante del estado general, cuadros tóxicos, facies en general pálidas, a veces lívidas, fiebre alta, taquicardia y pulso chico.

Signos.— Abdomen: dolor provocado por la tos, predominando en hemiventre inferior. Defensa y contractura, predominando en bajo vientre. En las hipersépticas el abdomen es depresible.

Examen genital: el orificio del cuello da salida a un pus líquido seropurulento hemorrágico fétido. Fondo de saco exquisitamente doloroso. Douglas saliente y doloroso. Movilidad uterina muy dolorosa. Dejadas evolucionar espontáneamente se ve en etapa tardía y final: íleo paralítico, shock terminal por deshidratación, toxemia e infección. A veces, por la menor intensidad de la infección y mayor defensa por adherencias, se pueden formar abscesos entre las asas o en el Douglas. Estos pueden reabsorberse o evacuarse en vísceras vecinas.

PERITONITIS AGUDAS TUBERCULOSAS

Conceptos etiopatogénicos y fisiopatológicos

Se trata de peritonitis auténticamente bacilares que cursan con un cuadro agudo y tienen su origen en una lesión bacilar anexial.

Distinguimos dos formas: 1) una tuberculosis salpingiana con una peritonitis fibrocaseosa a marcha aguda; 2) una perforación de un piosalpinx bacilar o quiste tubo-ovárico bacilar.

Características clínicas

Inicio brusco, en general durante o después de una menstruación.

Temperatura alta, grave toque del estado general

Trastornos menstruales previos que van desde la amenorrea a la hipermenorrea.

Abdomen: cuadro de pelviperitonitis aguda con defensa y contractura, predominando en bajo vientre.

Examen genital: llama la atención a menudo el cuello sano, anexos chicos, dolor en fondo de saco posterior.

“Poco local genital para tanto pelviperitoneal general”.

Tratadas, evolucionan a la esclerosis adherencial y a la esterilidad.

IV) DIAGNOSTICO DE LA PERITONITIS DE PUNTO DE PARTIDA DE ORIGEN GENITAL FEMENINO

DIAGNOSTICO POSITIVO

Se orienta por la existencia de una peritonitis aguda más un polo genital con síntomas y signos de una infección aguda, o el antecedente de haber actuado sobre él una maniobra instrumental o quirúrgica, o la existencia de un estado puerperal.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Los elementos a tener en cuenta son:

- Antecedentes personales *genitales y generales*.
- La evolución del cuadro clínico.

—Punción diagnóstica del Douglas que al extraer un exudado permite:

establecer el o los gérmenes etiológicos;

hacer un estudio de sensibilidad a los antibióticos con vista a la terapéutica.

V) PRONOSTICO

Variable con el tipo de peritonitis, podemos decir que:

En la *peritonitis gonocócica*: El inmediato, relativamente benigno; tendencia espontánea a la regresión. El alejado, curación total poco frecuente; esterilidad por cierre del ostium abdominal cicatrizal. Anexitis subaguda o crónica.

En las *peritonitis sépticas agudas*: El inmediato, en las difusas el pronóstico es reservado; poca tendencia a la regresión. En las localizadas, tendencia al enquistamiento del pus entre las asas y el Douglas. El alejado, esterilidad o anexitis subaguda o crónica.

En las *pelviperitonitis bacilares agudas*: El inmediato, muy grave. El alejado, esterilidad, anexitis bacilar o anexoperitonitis bacilar crónica.

VI) DIRECTIVAS TERAPEUTICAS

EN LA PERITONITIS GONOCOCCICA

Por sus características evolutivas, la conducta indicada es la conservadora y expectante, con tratamiento a base de:

—*Reposo general en cama* hasta la sedación franca de los síntomas.

—*Local con bolsa de hielo.*

—*Genital.*

—*Régimen dietético basal.*

—*Antibióticoterapia.*

La penicilina o los antibióticos de amplio espectro actúan con toda eficacia y rapidez. En el curso de 24 horas se nota

una rápida regresión de los síntomas. Tan eficaz es su acción que si no se obtiene una rápida mejoría, esto debe hacer sospechar error diagnóstico.

PERITONITIS SEPTICA

Debemos distinguir dos tipos fundamentales peritonitis generalizadas y peritonitis localizadas.

Peritonitis generalizadas

Siempre intervenir quirúrgicamente. En la operación:

- 1) Cuando hay lesión ostensible: *tratar la lesión:*
 - en perforación uterina: oclusión de la perforación;
 - en órgano previamente enfermo: extirpación del anexo;
 - con grave lesión uterina: excepcionalmente histerectomía.
- 2) *Avenamiento suprapúbico del Douglas.*
- 3) *Uso de antibiótico de amplio espectro en la cavidad peritoneal.*
- 4) *Recoger pus durante el acto quirúrgico para hacer antibiograma.*
- 5) Cuando no hay lesión ostensible: *avenamiento del Douglas.*

Además de la intervención quirúrgica:

- 1) *Uso de antibióticos por vía intramuscular o endovenosas, según la gravedad y elegido de preferencia con los datos del antibiograma.*
- 2) *Uso de ocitócicos cuando, sobre todo, no hay lesión ostensible para favorecer el cierre de senos venosos y linfáticos.*
- 3) *Transfusión para tratar el shock y la anemia.*
- 4) *Sonda de Cantor.*

- 5) *Rápida movilización postoperatoria del paciente y uso de anticoagulantes para la profilaxis de flebitis y embolias muy frecuentes en el curso de estas infecciones.*

Peritonitis localizadas

Medidas higienodietéticas de reposo general y local.— Distinguiamos:

Anexoperitonitis localizadas:

Tratamiento con antibióticos y vigilancia clínica y de laboratorio (velocidad de sedimentación, leucocitosis), para estar siempre prontos a intervenir si tiende a generalizarse o reencenderse.

En las pelviperitonitis supuradas con abscesos del Douglas.
Se puede proceder:

- a) A la simple colpotomía posterior amplia con drenaje y recoger pus para el antibiograma.
- b) A la colpocentesis, extracción de pus para antibiograma e instilación por 24 horas de fibrinolíticos (tipo *varidasa*) y a las 24 horas colpotomía posterior y drenaje. Esta manera de proceder hace un verdadero debridamiento quirúrgico del absceso y se obtienen curaciones mucho más rápidas y completas.

PERITONITIS BACILARES

Si se hace el diagnóstico de peritonitis fibrocásea (cosa excepcional):

Tratamiento expectante.

Uso de drogas antituberculosas: P. A. S., hidrácidas del ácido nicotínico, *estreptomina*.

Cura higienodietética de reposo y vitaminoterapia.

Si es un hallazgo operatorio, circunstancia la más frecuente:

Si es una peritonitis difusa fibrocásea: cierre y tratamiento señalado.

Si es una peritonitis por perforación de piosalpinx B. K.:
extirpación, drenaje suprapúbico y tratamiento con
antibiótico de amplio espectro y drogas antitubercu-
losas.

BIBLIOGRAFIA

- AHMADA, J. C.—“Tratado de ginecología”.
MEIGS, J. V.—“Progresos de ginecología”.
CURTIS.—“Ginecología”.
CALTRONI y RUIZ.—“Terapéutica ginecológica”.
LEON, Juan.—“Tratado de obstetricia”.