

Peritonitis Aguda

Dr. Alam Colmán

Médico egresado de la Universidad Privada del Este, sede Presidente Franco (Promoción 2023)

Especialista en Didáctica Universitaria por la Universidad Nacional del Este

Desempeño destacado en el examen de la CONAREM

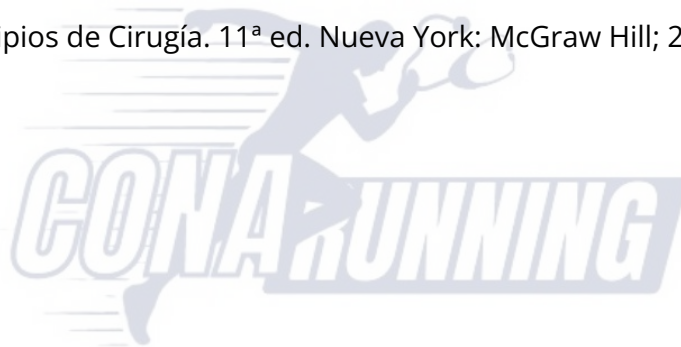
Médico Residente en la especialidad de Medicina Interna (R2, Hospital Fundacion Tesãi)

Experiencia en práctica asistencial de alta complejidad

Docente en formación médica.

Bibliografía

1. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editores. Schwartz. Principios de Cirugía. 11ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2020.



Infecciones Intraabdominales (Peritonitis)

La peritonitis o infección intraabdominal es la contaminación bacteriana de la cavidad peritoneal. Se clasifica en primaria, secundaria y terciaria, ya que cada una tiene una causa, microbiología y tratamiento diferente.

Primaria

Sin perforación de víscera.
Causa, microbiología y tratamiento específicos.

Secundaria

Forma más frecuente. Por perforación o infección grave de un órgano intraabdominal.

Terciaria

Persistencia de la infección tras tratamiento aparentemente adecuado de una peritonitis secundaria.

Peritonitis Bacteriana Primaria

Es la infección del peritoneo sin perforación de una víscera abdominal.

Los microorganismos llegan al peritoneo por:

- Diseminación hematógena desde otro foco infeccioso.
- Inoculación directa (por ejemplo, durante diálisis peritoneal).

Generalmente aparece en:

- Pacientes con ascitis (especialmente por cirrosis).
- Pacientes en diálisis peritoneal.

Microbiología

Es monomicrobiana.

Microorganismos más frecuentes:

- E. coli
- Klebsiella pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- En diálisis peritoneal predominan bacterias grampositivas.

Diagnóstico y Tratamiento – Peritonitis Primaria

Diagnóstico

Se sospecha por:

- Factores de riesgo (ascitis o diálisis peritoneal).
- Dolor abdominal difuso.
- Contractura abdominal generalizada.
- Ausencia de neumoperitoneo en estudios por imágenes.

La paracentesis confirma el diagnóstico cuando muestra:

- Más de 100 leucocitos/ml.
- Tinción de Gram con un solo microorganismo.
- Cultivo positivo.

Tratamiento

Generalmente no requiere cirugía.

Se basa en:

- Antibióticos dirigidos según el microorganismo aislado.
- Duración habitual: 14–21 días.

Si existen infecciones recurrentes debe retirarse el foco permanente de infección, por ejemplo:

- Catéter de diálisis peritoneal.
- Derivación peritoneovenosa.

Peritonitis Bacteriana Secundaria

Es la forma más frecuente.

Se produce por perforación o infección grave de un órgano intraabdominal, contaminando el peritoneo con el contenido intestinal.

Ejemplos:

- Apendicitis perforada.
- Diverticulitis perforada.
- Perforación gástrica.
- Perforación intestinal.
- Cualquier perforación del tubo digestivo.

Tratamiento – Peritonitis Secundaria

El manejo tiene dos pilares fundamentales.

Control del foco (lo más importante)

Debe realizarse de forma precoz mediante cirugía para:

- Reparar o resear el órgano perforado.
- Drenar colecciones.
- Eliminar tejido necrótico.
- Desbridar tejido infectado.
- Eliminar restos contaminantes.

Sin un adecuado control del foco, los antibióticos por sí solos no curan la infección.

Antibioticoterapia

Debe cubrir siempre:

- Aerobios gramnegativos.
- Anaerobios.

Esto se debe a que inicialmente muchas veces no se conoce exactamente el origen de la perforación y el colon contiene una gran cantidad de ambos tipos de bacterias.

Puede utilizarse:

- Un antibiótico de amplio espectro.
- Combinación de varios antibióticos.

Cuando desaparece el íleo puede cambiarse de tratamiento intravenoso a vía oral sin disminuir la eficacia.

Pronóstico y Fracaso del Tratamiento – Peritonitis Secundaria

Pronóstico

Cuando existe:

- Control adecuado del foco.
- Antibióticos apropiados.

La respuesta terapéutica alcanza 70–90% y la mortalidad es solo 5–6%.

Si no se controla el foco infeccioso, la mortalidad supera el 40%, convirtiéndose en el principal factor pronóstico.

Fracaso del tratamiento

Si el paciente no mejora, las principales causas son:

- Absceso intraabdominal.
- Fuga de una anastomosis gastrointestinal.
- Peritonitis terciaria.

70-90%

Respuesta terapéutica

Con control adecuado del foco y antibióticos apropiados.

5-6%

Mortalidad

Cuando el tratamiento es correcto y oportuno.

>40%

Mortalidad sin control

Si no se controla el foco infeccioso.

Peritonitis Terciaria (Persistente)

Es la persistencia de la infección después de un tratamiento aparentemente adecuado de una peritonitis secundaria.

Se observa principalmente en:

- Pacientes inmunosuprimidos.
- Pacientes críticamente enfermos.

En estos casos las defensas del peritoneo no consiguen eliminar completamente la infección.

Microorganismos frecuentes

Suelen ser microorganismos oportunistas y hospitalarios:

- Enterococcus faecalis
- Enterococcus faecium
- Staphylococcus epidermidis
- Candida albicans
- Pseudomonas aeruginosa

Con frecuencia existe infección por varios microorganismos al mismo tiempo.

Pronóstico

Tiene muy mal pronóstico.

Aun con tratamiento adecuado, la mortalidad supera el 50%.

Absceso Intraabdominal

Es una de las complicaciones más frecuentes tras una peritonitis.

Diagnóstico

Actualmente el estudio de elección es la tomografía computarizada (TC) de abdomen.

Tratamiento

Primera elección

Drenaje percutáneo guiado por TC o ecografía, ya que evita una nueva cirugía en la mayoría de los pacientes.

Indicaciones de cirugía

Se reserva para pacientes con:

- Múltiples abscesos.
- Abscesos ubicados cerca de estructuras vitales donde el drenaje percutáneo es peligroso.
- Fuente persistente de contaminación (por ejemplo, fuga intestinal).

Antibióticos

Generalmente se administran durante 3–7 días, con cobertura para aerobios y anaerobios.

Retiro del catéter de drenaje

El drenaje puede retirarse cuando se cumplen todos estos criterios:

- Colapso de la cavidad del absceso.
- Débito menor de 10–20 mL/día.
- No existe una fuente persistente de contaminación.
- El paciente presenta mejoría clínica.

Absceso Hepático

Es una infección localizada del hígado, poco frecuente (≈15 por cada 100 000 hospitalizaciones).

Etiología

Se clasifican en:

- Piógenos: 80% (los más frecuentes).
- Parasitarios: 10%.
- Micóticos: 10%.

Causas

Antiguamente:

- Pileflebitis secundaria a apendicitis o diverticulitis.

Actualmente:

- Manipulación de la vía biliar (CPRE, drenajes, cirugía biliar).
- En casi 50% no se logra identificar el origen.

Microbiología

Aerobios más frecuentes

- Escherichia coli
- Klebsiella pneumoniae
- Otros bacilos entéricos
- Enterococcus
- Pseudomonas

Anaerobios

- Bacteroides
- Streptococos anaerobios
- Fusobacterium

Micóticos

- Candida albicans

Tratamiento – Absceso Hepático, Esplénico y Pancreático

Abscesos pequeños (<1 cm)

- Aspiración para cultivo.
- Antibióticos durante 4–6 semanas.

Abscesos grandes

El tratamiento de elección es:

- Drenaje percutáneo guiado por imágenes.
- Antibioticoterapia.
- El drenaje se retira cuando existe mejoría clínica, colapso de la cavidad y escaso débito, siguiendo criterios similares a los abscesos intraabdominales.

Absceso Esplénico

Es mucho menos frecuente.

El tratamiento inicial es similar al del absceso hepático.

En casos recurrentes puede requerirse:

- Esplenectomía.

Los abscesos hepáticos recurrentes pueden necesitar cirugía con destechamiento y marsupialización.

Infecciones Pancreáticas Secundarias

Aparecen en aproximadamente 10–15% de los pacientes con pancreatitis aguda grave con necrosis.

Las principales formas son:

- Necrosis pancreática infectada.
- Absceso pancreático.

Evaluación inicial

Todo paciente con pancreatitis grave debe valorarse mediante:

- Tomografía computarizada con contraste, para determinar la extensión de la necrosis.

No debe utilizarse contraste si existe insuficiencia renal importante.

Los pacientes inestables (oliguria, hipoxemia o necesidad de gran reposición de líquidos) requieren:

- Vigilancia en UCI.
- Nueva TC cuando la función renal lo permita para detectar complicaciones locales.