

Peritonitis terciaria y peritonitis secundaria difusa postoperatoria, ¿son tan diferentes?

I. Martínez Casas, J.J. Sancho, E. Nve Obiang, D. Dorcaratto, M.J. Pons Fragero, M.I. Dos Santos Sequeira, L. Grande Posa.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario del Mar. IMAS. Barcelona.

Introducción

La peritonitis terciaria (PT) es una infección intrabdominal grave y persistente tras una peritonitis secundaria. Se caracteriza por la presencia de gérmenes nosocomiales en ausencia de perforación, necrosis o abscesos. Clásicamente se ha asociado a una mayor mortalidad que la peritonitis secundaria¹.



Figura 1. Peritonitis terciaria

Objetivo

Analizar las diferencias entre los pacientes reintervenidos por peritonitis secundaria postoperatoria (PSP) o por PT en nuestro servicio.

Pacientes y métodos

Desde Enero de 2004 a Enero de 2008 se realizaron 316 reintervenciones en 256 pacientes, que han sido revisadas de forma retrospectiva (Enero 2004 a Diciembre 2005) y prospectiva (Enero 2006 a Enero 2008). Se han incluido 127 peritonitis difusas postoperatorias que se clasifican en PSP (n=104) o PT (n=23) según las definiciones de la International Sepsis Forum Consensus Conference². Las variables continuas se expresan como media±DE. Para el análisis estadístico se emplea la χ^2 para variables categóricas y T de Student para variables continuas.

Tabla 1. Diagnóstico primario

	PSP	PT
Neoplasia	57	6
Oclusión benigna	18	3
Colelitiasis	12	1
Pancreatitis	5	0
Apendicitis	3	0
Herida arma blanca	3	0
Politraumatismo	3	4
Diverticulosis	2	4
Hemorragia digestiva	1	0
Cirugía de pared	0	2
Colitis ulcerosa	0	3
Total	104	23

Resultados

En el grupo PT los pacientes eran más jóvenes (58 ± 15 vs. 66 ± 14 ; $P=0.02$) y predominaba el sexo masculino. Las neoplasias fueron el diagnóstico inicial más frecuente en las PSP, frente a la patología benigna en las PT (Tabla 1). La cirugía inicial más frecuente en ambos grupos fue la colorrectal. La corticoterapia fue la única comorbilidad que mostró diferencias entre grupos siendo más frecuente en PT ($P=0.01$). Los pacientes con PT presentaban valores de ASA y P-Possum en la cirugía inicial más elevados que los pacientes con PSP ($P<0.001$ y $P=0.01$ respectivamente). No hubo diferencias en los días transcurridos desde la primera intervención ($11(14$ PT) vs. $10.8(8$ PSP); $P=0.9$) ni en el número de laparotomías previas ($P=0.2$). La PT se asoció más frecuentemente a cirugía inicial urgente ($P=0.01$) y a ingreso previo en UCI ($P<0.001$), así como a IOT previa ($P=0.0001$) o necesidad de aminas vasoactivas ($P=0.002$). No existieron diferencias en los niveles preoperatorios de

Tabla 2. Bioquímica preoperatoria

	PSP	PT	p
Albúmina	2.3 ± 0.7	2 ± 0.5	0.057
Bilirrubina	1.8 ± 4.6	1.5 ± 1.3	0.7
Creatinina	1.3 ± 1	1.5 ± 1.1	0.8
GOT	42 ± 79	173 ± 60	0.07
Hemoglobina	10.5 ± 2	9.7 ± 1.4	0.08
Láctico	2.7 ± 2.8	4.2 ± 7.2	0.42
Leucocitos	24.835 ± 12.000	17.741 ± 9.500	0.7
PCR	34 ± 65	18 ± 11	0.4
Plaquetas ($\times 10^3$)	259 ± 152	293 ± 172	0.4
Quick	76.1 ± 17.8	72.1 ± 21.6	0.6

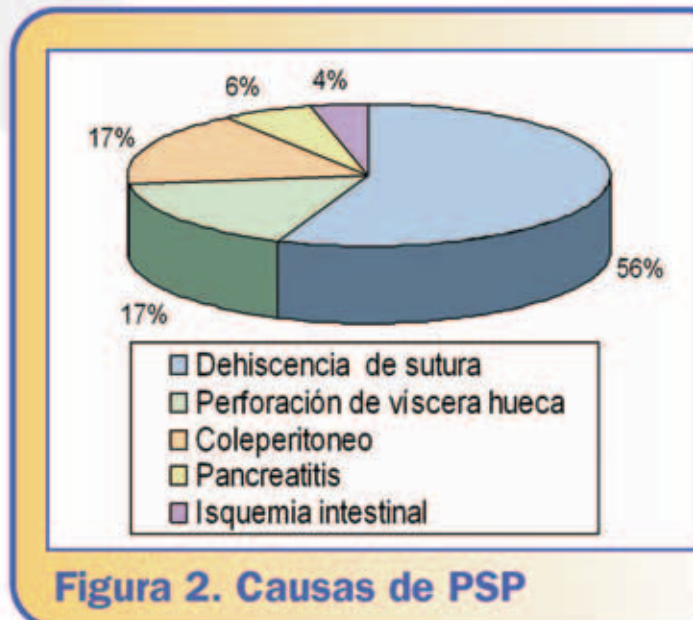


Figura 2. Causas de PSP

ninguno de los parámetros bioquímicos entre ambos grupos (Tabla 2). Tampoco existieron diferencias en la temperatura ($P=0.7$), tensión arterial sistólica ($P=0.25$), frecuencia cardíaca ($P=0.34$) o puntos de SIRS ($P=0.08$). Los niveles de P-Possum en las reintervenciones no mostraron diferencias entre ambos grupos ($P=0.13$). La dehiscencia de sutura fue la causa más frecuente de PSP (56% de los casos)(Figura 2).

En las reintervenciones por PSP se obtuvieron cultivos en 90 casos (86%) de los cuales 12 fueron negativos, 41 polimicrobianos y 37 con un solo germen. En todas las PT se obtuvieron muestras y fueron positivas, 9 polimicrobianas y 14 monomicrobianas (Tabla 3). Los gérmenes más frecuentemente aislados en las PSP fueron *E coli* y *Enterococcus sp.*, mientras que en las PT fueron *Enterococcus sp.* y *Candida sp.* Estos resultados son acordes a los publicados^{1,3}. No hubo diferencias en la estancia hospitalaria media (48 días (PT) vs. 45 días (PSP); $P=0.7$) ni en la mortalidad postoperatoria, que fue del 30% en las PSP y del 21% en las PT ($P=0.43$).

Tabla 3. Cultivos

	PSP (%)	PT (%)
Total cultivos	90 (86)	23 (100)
Cultivos negativos	12 (13)	0
Monomicrobianos	37 (41)	14 (61)
Polimicrobianos	41 (46)	9 (39)
Gérmenes más frecuentes	<i>E. coli</i>	<i>Enterococcus sp.</i>
	<i>Enterococcus sp.</i>	<i>Candida sp.</i>
	<i>Bacteroides sp.</i>	<i>Klebsiella sp.</i>
	<i>Klebsiella sp.</i>	<i>Pseudomonas sp.</i>
	<i>Pseudomonas sp.</i>	<i>Streptococcus sp.</i>

Conclusiones

Aunque existen ciertos aspectos diferenciales, la evolución de las peritonitis postoperatorias parece depender más de factores relacionados con la capacidad de respuesta del huésped que de su origen secundario o terciario.

Bibliografía

1. Weiss G, Meyer F, Lippert H. Infectiological diagnostic problems in tertiary peritonitis. Langenbecks Arch Surg 2006; 391: 473-482.
2. Calandra T, Cohen J. The International Sepsis Forum Consensus Conference on Definitions of Infection in the Intensive Care Unit. Crit Care Med 2005; 33 (7): 1538-1548.
3. Roehrborn A, Thomas A, Potreck O, Ebner C, Ohman C, Goretzki PE, Röher HD. The microbiology of postoperative peritonitis. CID 2001; 33: 1513-1519.