

Carta al Editor

Académico Dr. Alejandro Reyes Fuentes,
Editor de *Cirugía y Cirujanos*:

Respetuosamente nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle un pequeño espacio para compartir con los lectores lo que sabemos acerca de la peritonitis terciaria, tomando como punto de referencia el artículo del doctor Castaño González y colaboradores recientemente publicado en el volumen 74 de esta revista.¹

En el documento aludido, los autores hacen una disertación de esa complicación, que definen como la situación que aparece después de 48 horas de haber sido resuelta de manera adecuada una peritonitis primaria o secundaria, y que se acompaña de un síndrome de respuesta inflamatoria aguda atribuible a infección nosocomial.²⁻⁴ Aunque estamos de acuerdo y es cierto que suele haber casos en los que por diversos fenómenos, microorganismos multirresistentes llegan a invadir la cavidad peritoneal, también lo es que existen situaciones que pueden conducir a confusión en lo que a la nomenclatura correcta y precisa se refiere.

Quienes nos dedicamos a manejar recién nacidos observamos casi cotidianamente neonatos que sufren peritonitis a consecuencia de un defecto de la pared abdominal anterior como la gastosquisis, a la que no es permisible en primer intento catalogar como peritonitis primaria, no obstante que en su inicio el desarrollo bacteriano sea por gérmenes de la comunidad, pero tampoco secundaria porque no existen microorganismos típicos, que por lo general proliferan posterior a pérdida de la continuidad de la pared intestinal. En esos neonatos casi de inmediato aparecen datos clínicos de gravedad extrema como cianosis central y periférica, llenado capilar lento, piel marmórea e hipotermia, así como peritonitis infecciosa clínicamente identificable, testimonio inequívoco de gravedad extrema, datos que tampoco permitirían hacer la catalogación de peritonitis terciaria, en virtud de que frecuentemente en esa etapa no cumplen aún el periodo de hospitalización que estipula el término, ni el desarrollo bacteriano es el usual.

Existe otra eventualidad en la que nos hemos detenido a reflexionar por lo difícil de la denominación.⁵ Actualmente tratamos una niña operada por apendicitis gravemente complicada; en su evolución observamos que a las 48 horas presentó signos sugestivos de respuesta inflamatoria aguda con fuerte repercusión a los pulmones, motivo por el cual fue remitida a terapia intensiva, donde se identifica neumonía y derrame pleural derecho; al examen sonográfico, en el abdomen se encuentra colección purulenta subdiafragmática derecha, lo que

conocemos como absceso subfrénico. En esta circunstancia, la menor cumple con todos los requisitos para ser etiquetada como portadora de peritonitis terciaria. Esgrimimos la siguiente antítesis: antes que una peritonitis primaria, ese conjunto de manifestaciones debe ser catalogado como septicemia producto de absceso subfrénico derecho aún no curado.

Al igual que los ejemplos anteriores, es probable que haya más circunstancias en las que se presten las condiciones para caer en una trampa semántica y en ambigüedades innecesarias. Entendemos la legitimidad para la creación de nuevos términos y condiciones, sin embargo, quien lo intente debe ser sumamente cauteloso, so pena de motivar confusiones o sufrir inconsistencias.

Al final de nuestro comentario, consideramos que muy probablemente carezca de importancia si un niño sufre una peritonitis primaria, secundaria o terciaria en la medida en que sea atendido por personas bien preparadas. Probablemente el corolario de este manuscrito radica en insistir en que no es tan grave tratar una peritonitis primaria como una terciaria, pero sería desastroso manejar una terciaria como peritonitis primaria.

No deseamos concluir la misiva sin agradecer al doctor Castaño González y colaboradores, la difusión de terminología tan de vanguardia, como todo lo que publican.

Atentamente

Carlos Baeza Herrera, Jefe del Departamento de Cirugía
Javier López-Castellanos, Jefe del Departamento de Unidad de Terapia Intensiva

Referencias

1. Castaño-González JA, Canto-Castro JL, León-Gutiérrez MA. Peritonitis terciaria. Cir Ciruj 2006;74:407-408.
2. Marshall CJ, Innes M. Intensive care unit management on intrabdominal infection. Crit Care Med 2003;31:2228-2237.
3. Calandra T, Cohen J. The International Sepsis Forum Consensus Conference on Definitions of Infection in the Intensive Care Unit. Crit Care Med 2005;33:1538-1549.
4. Nathens BA, Rotstein O, Marshall CJ. Tertiary peritonitis: clinical features of a complex nosocomial infection. World J Surg 1998;22:158-163.
5. Baeza CH, Jaimes G, Rico EV, Sanjuán HF. Análisis de costos: metronidazol-amikacina versus monodosis preoperatoria de ceftriaxona en apendicitis. Reporte preliminar. Cir Ciruj 2004;72:277-280.

Estimado editor:

Leí con interés la carta que envían los doctores Baeza Herrera y López Castellanos comentando nuestro editorial sobre peritonitis terciaria.¹ En ella mencionan la necesidad de ser cautelosos al utilizar nueva terminología en los casos de peritonitis, ya que existen situaciones que pueden conducir a confusión e inconsistencias en cuanto a la nomenclatura correcta de los casos de peritonitis, y que probablemente existen muchas circunstancias en las que se presentan las condiciones para caer en una trampa semántica y en ambigüedades innecesarias. Los autores apoyan sus comentarios con un ejemplo y un caso clínico. En el primero describen a un recién nacido con peritonitis como consecuencia de un defecto congénito de la pared abdominal anterior (gastrosquisis); consideran que por la microbiología de la peritonitis y el tiempo de evolución no es posible catalogarla como primaria, secundaria o terciaria. El caso clínico corresponde a una niña en posoperatorio de apendicectomía complicada que presenta “absceso subfrénico” a las 48 horas de haber sido intervenida quirúrgicamente, que finalmente fue drenado. En este caso, los autores refieren que “la menor cumple con todos los requisitos para ser etiquetada como portadora de peritonitis terciaria”.

Aunque coincidimos en que el uso de nueva terminología y clasificaciones puede generar confusión, creemos que con la vertiginosa expansión de los conocimientos y el reconocimiento de nuevas entidades clínicas, la creación de nueva terminología y la clasificación de nuevas entidades son necesarias para el avance de nuestra disciplina, ya que nos permite comparar estadísticas y resultados de estudios clínicos entre diferentes grupos de trabajo.

Las clasificaciones, como sabemos, son representaciones simplificadas de la realidad que percibimos, y toman sólo los elementos fundamentales que les dan coherencia, obviamente esto excluirá el total de la realidad y siempre serán susceptibles de ser modificadas por las nuevas evidencias. Respecto a la peritonitis terciaria, ésta es reconocida y clasificada como tal desde 1990.²

El diagnóstico de peritonitis se basa en el diagnóstico o proceso intraabdominal primario (apendicitis, diverticulitis, úlcera péptica), el mecanismo de la contaminación (gastrosquisis,

perforación de víscera hueca por cáncer, isquemia, enfermedad ácido péptica o trauma), el sitio anatómico y, en algunos casos, en la confirmación bacteriológica y el contexto clínico.

En nuestra opinión, la gastrosquisis se clasifica como peritonitis secundaria, pues están identificados la etiología, el mecanismo de contaminación del peritoneo y el tratamiento definitivo, que obviamente es quirúrgico; esto no sucede en la peritonitis primaria (en pacientes cirróticos o adolescentes), donde el mecanismo de la contaminación se desconoce (¿traslocación bacteriana?) y el tratamiento es médico.

En el caso clínico de la niña con apendicitis consideramos que se trata de una peritonitis secundaria complicada con colección subfrénica derecha, pues no reúne criterios (contexto clínico) para clasificarla como peritonitis terciaria. En este caso existían datos clínicos obvios que orientaban al abdomen como punto de partida de la respuesta inflamatoria generalizada que padecía la niña.

En el cuadro adjunto consignamos algunas características en las que se basa esta clasificación.

Agradecemos el comentario de los doctores Baeza Herrera y López Castellanos, pues contribuye a la discusión crítica que fomenta nuestra revista.

Cordialmente

Jorge A. Castaño-González, José Leopoldo Canto-Castro,
Marco Antonio León-Gutiérrez,
Unidad de Cuidados Intensivos y Medicina Crítica,
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Referencias

1. Castaño-González JA, Canto-Castro JL, León-Gutiérrez MA. Peritonitis terciaria. Cir Ciruj 2006;74:407-408.
2. Proposed definition for diagnosis, severity scoring, stratification and outcome for trials on intraabdominal infection. World J Surg 1990;14:159-166.

	Peritonitis primaria	Peritonitis secundaria	Peritonitis terciaria
Microbiología	<i>Pneumococcus</i> , <i>Haemophilus</i>	<i>Escherichia coli</i> , <i>Bacteroides</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Candida sp.</i>
Contexto clínico	Mujeres adolescentes, cirróticos con ascitis, etc.		Por lo general pacientes graves y en estado crítico, hipermetabólicos, en terapia intensiva. Siempre posoperatoria
Tratamiento	Médico	Quirúrgico	Se desconoce
Mortalidad	+	++	+++