**Peritonitis secundaria**

Los pacientes con peritonitis generalizada necesitan reanimación rápida y exploración quirúrgica urgente.

*Autor: Ross JT, Matthay MA Harris HW*[*BMJ 2018; 361:k1407*](https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1407)

**INDICE:** 1. Página 1 | [2. Referencias bibliográficas](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=92722&pagina=2)

|  |
| --- |
| **INTRODUCCIÓN** |

La peritonitis puede ser primaria o secundaria. La peritonitis primaria se produce por traslocación bacteriana, diseminación hematógena o contaminación iatrogénica del abdomen sin que haya un defecto macroscópico del tubo digestivo.

* La**peritonitis secundaria**es el resultado de la contaminación directa del peritoneo por derrame del tubo digestivo o del aparato urogenital o los órganos sólidos asociados.
* La **peritonitis terciaria** es la peritonitis secundaria que persiste más de 48 horas después de un intento quirúrgico de neutralizar su causa.

Los principios del tratamiento quirúrgico siguen siendo eliminar el foco séptico, eliminar el tejido necrótico y drenar el material purulento. El momento adecuado para cirugía y la selección de los pacientes para cirugía cambiaron considerablemente con el arribo de los cuidados intensivos, los antibióticos de amplio espectro, las intervenciones mínimamente invasivas y las nuevas herramientas diagnósticas.

En la actualidad, los pacientes con peritonitis generalizada (rigidez, signo de Blumberg o defensa muscular en todos los cuadrantes abdominales) o sepsis necesitan reanimación rápida y exploración quirúrgica urgente.

Los pacientes con peritonitis localizada (signos peritoneales limitados a uno o dos cuadrantes abdominales) y datos de los análisis complementarios y los estudios por imágenes que coinciden con un proceso restringido se pueden tratar con un drenaje más limitado o probar con tratamiento no quirúrgico.

La proporción mucho mayor de pacientes que consultan con dolor abdominal agudo sin peritonitis definida puede ser objeto de diversos análisis y estudios por imágenes a fin de determinar el diagnóstico definitivo. El empleo criterioso de estas pruebas, como así también el examen físico, son esenciales para la rápida evaluación y el  triage de los pacientes con dolor abdominal agudo o peritonitis.

|  |
| --- |
| **EPIDEMIOLOGÍA** |

La peritonitis secundaria afecta a una amplia gama de pacientes. En un estudio de observación retrospectiva de pacientes que ingresaron con urgencia a 81 hospitales del estado de Washington E.E.U.U.) entre 1997 y 2000, se diagnosticó peritonitis secundaria a 11200 pacientes (9,3 por 1000 hospitalizaciones).

Aproximadamente el 11% de los pacientes con peritonitis sufrieron sepsis grave con insuficiencia de un solo órgano en el 74% y con insuficiencia multiorgánica en el 20%.

La mortalidad en los pacientes con peritonitis fue del 6%, pero aumentó al 34% para los pacientes con sepsis grave. Los pacientes con peritonitis que sufrieron sepsis grave eran mayores (68 *vs*46 años) y más propensos a sufrir una disfunción orgánica premórbida. Estos datos concuerdan con los de un gran estudio de observación con una muestra representativa de 66 hospitales franceses efectuado en 2005.

En un tercer gran estudio de observación de infecciones intrabdominales complicadas de 68 hospitales europeos, los datos obtenidos hicieron hincapié en la importancia de las infecciones intraabdominales posoperatorias.

De los 2152 participantes, el 79% sufrieron infecciones extrahospitalarias y el 21% sufrieron infecciones intrahospitalarias. La mayoría de esas últimas (82%) fueron en pacientes en el posoperatorio y más del 99% de estas se produjeron por una pérdida en la anastomosis.

La apendicitis es la fuente más frecuente de peritonitis secundaria. Se produce en general en los pacientes más jóvenes, con menos enfermedades concomitantes y se asocia con menor morbimortalidad.

La mortalidad en la peritonitis secundaria depende en parte de la edad del paciente; las enfermedades preexistentes cardiovasculares, hepáticas, renales o neurológicas; la fuente no apendicular de infección; la demora en la intervención más allá de las 24 horas y la envergadura de la peritonitis.

La importancia de la envergadura de la peritonitis se destaca en un estudio prospectivo de 92 pacientes  con peritonitis secundaria comprobada por laparotomía. Los pacientes con peritonitis de los cuatro cuadrantes tuvieron ua tasa de mortalidad del 36%, mientras que la mortalidad intrahospitalaria promedio fue del 19% en todos los pacientes

La presencia de peritonitis fecal fue también un pésimo factor pronóstico, con mortalidad intrahospitalaria del 38% mientras que la mortalidad promedio del todo el grupo fue del 19%. La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor (50%) en pacientes con diabetes

|  |
| --- |
| **FISIOPATOLOGÍA** |

*Mientras que la peritonitis primaria habitualmente es una infección aeróbica monomicrobiana, la peritonitis secundaria suele ser polimicrobiana*

El peritoneo está formado por una sola capa de células mesoteliales que cubre la pared abdominal (peritoneo parietal) y las vísceras  abdominales (peritoneo visceral). Esta capa, con su lámina basal y estroma submesotelial, crea una barrera semipermeable a través de la que el agua y los solutos se intercambian pasivamente.

Las partículas más grandes y las bacterias se eliminan a través de los estomas, canales linfáticos entre las células mesoteliales que se concentran en la superficie diafragmática. La rápida eliminación de los microbios intraabdominales a través de estos linfáticos es esencial para la fisiopatología de las infecciones abdominales, ya que la contaminación descontrolada puede causar rápida bacteriemia y sepsis.

Mientras que la peritonitis primaria habitualmente es una infección aeróbica monomicrobiana, la peritonitis secundaria suele ser polimicrobiana. La microbiología de la peritonitis secundaria depende del lugar de la perforación y de factores del huésped, incluido si la perforación es extrahospitalaria o se produjo en un paciente postoperatorio.

Las bacterias desparramadas en el peritoneo son reconocidas directamente por receptores de reconocimiento de patrones del sistema inmune innato e indirectamente a través de moléculas liberadas por las células mesoteliales dañadas.

El periodo inicial de la respuesta depende de la entrada de macrófagos y la producción de citocinas proinflamatorias, entre ellas el factor de necrosis tumoral α, la interleucina 1 y la interleucina 6. Los neutrófilos llegan en dos a cuatro horas y son las células predominantes en el peritoneo desde las 48 a las 72 horas.

La destrucción bacteriana libera lipopolisacáridos y otros componentes celulares que estimulan aún más la respuesta proinflamatoria del huésped. Si la respuesta inflamatoria local se extiende a la circulación sistémica, puede producir sepsis y aumentar la mortalidad.

Trabajos experimentales recientes destacaron las numerosas e importantes funciones de los  productos eicosanoides del ácido araquidónico como mediadores y efectores en la transición programada de un estado proinflamatorio a uno antiinflamatorio.

Los mediadores lipídicos proinflamatorios como el leucotrieno B4 y las prostaglandinas PGE2 y PGI2 actúan en conjunto con las citocinas proinflamatorias y los componentes del complemento C3a y C5a para promover la quimiotaxia de los leucocitos.

Una interacción compleja y poco conocida entre los leucocitos infiltrantes y las células residentes del tejido inflamado promueve la producción de otras cuatro clases de mediadores lipídicos: lipoxinas, resolvinas, protectinas, y maresinas.

Estos lípidos favorecen la resolución de la inflamación, entre otras acciones reducen la permeabilidad vascular, estimulan la eliminación de los neutrófilos apoptóticos y la apoptosis de los granulocitos que dependen de la caspasa.

Un grupo de investigadores planteó la hipótesis de que la peritonitis es la combinación de un proceso infeccioso y otro inflamatorio  que a pesar de la eliminación de la infección con cirugía y antibióticos, la morbimortalidad de la peritonitis se relaciona en su mayor parte con la inflamación sistémica y la lesión orgánica. Poder limitar la respuesta inflamatoria sistémica de la peritonitis secundaria depende de la capacidad del huésped para contener la fuente de contaminación.

La activación de la cascada de la coagulación conduce a la producción local de fibrina, aislando potencialmente la zona de contaminación para facilitar la formación de un absceso. El epiplón mayor tiene un papel esencial como vía de rápido despliegue de neutrófilos y como barrera física que contribuye a delimitar la infección. Si esto es exitoso, la fuente de contaminación se delimita y se previene más eliminación de bacterias y citocinas inflamatorias en el torrente sanguíneo.

En los pacientes con perforación de víscera hueca es importante prevenir y controlar la contaminación. Aquellos con sepsis y un claro origen abdominal, necesitan la eliminación urgente de la fuente infecciosa. También es necesario reducir al mínimo la contaminación del peritoneo mediante la intervención precoz en los pacientes con evidencia de compromiso intestinal inminente

|  |
| --- |
| **CUADRO CLÍNICO** |

*El peritoneo parietal es sensible a la presión, la temperatura y los desgarros, mientras que el peritoneo visceral es sensible a la irritación química y la distensión*

Si bien el peritoneo parietal y el visceral tienen el mismo origen embriológico, la inervación es diferente y establece diferencias en la sintomatología. El peritoneo parietal está inervado en el abdomen superior por el frénico y por los nervios toracoabdominales, subcostales y lumbosacros y por el nervio obturador en la pelvis. Todos ellos contienen fibras motoras, sensitivas y simpáticas.

En contraste, el peritoneo visceral es inervado por los nervios esplácnicos y por los plexos celíaco y mesentérico. Como resultado, el peritoneo parietal es sensible a la presión, la temperatura y los desgarros, mientras que el peritoneo visceral es sensible a la irritación química y la distensión.

Los órganos genitourinarios y el páncreas comparten con el peritoneo visceral la inervación aferente. La inflamación de estos órganos produce síntomas similares a la inflamación de las vísceras intrabdominales.

La peritonitis parietal se manifiesta con dolor agudo, constante y localizado. Si la porción afectada del peritoneo es contigua a los músculos superficiales, la peritonitis se puede asociar con rigidez y defensa de la pared abdominal. El paciente permanece quieto, mientras que en la peritonitis visceral hay dolor cólico característico, paroxístico y referido a una porción de la línea media anterior del abdomen y el paciente se retuerce por el dolor.

|  |
| --- |
| **EXAMEN FÍSICO INICIAL** |

La evaluación inicial del paciente debe ser rápida. Lo primero es determinar el grado de gravedad y realizar un triage del paciente para reanimación y cirugía inmediata o estudios por imágenes con intervención limitada o tratamiento conservador.

Después de evaluar los signos vitales es necesario identificar al paciente que no presenta signos evidentes de peritonitis, pero que requiere por el compromiso intestinal, cirugía de urgencia. El objetivo secundario es identificar a los pacientes que no tienen signos externos de peritonitis, pero que no obstante necesitan cirugía urgente debido al compromiso intestinal.

Tras observar el aspecto general y los signos vitales del paciente se debe determinar el tiempo, la ubicación y las características del dolor, además de los síntomas asociados. Es importante establecer si el paciente tiene antecedentes de síntomas similares.

Es esencial identificar si la peritonitis es generalizada (rigidez, signo de Blumberg o defensa muscular en los cuatro cuadrantes abdominales) o localizada (signos peritoneales limitados a uno o dos cuadrantes). Aunque algunos médicos cuestionan la validez del examen físico cuando los pacientes recibieron narcóticos, tres estudios pequeños aleatorizados, controlados mostraron que el alivio temprano del dolor no altera la exactitud diagnóstica del examen físico o la toma de decisiones quirúrgicas.

Es necesario ser cuidadoso al examinar pacientes ancianos u obesos, ya que el examen físico puede no ser fiable. Identificar a los pacientes con obstrucción del intestino delgado que tienen estrangulación intestinal y a los que tienen isquemia  mesentérica exige un alto índice de sospecha, ya que las manifestaciones y el examen clínico son de baja sensibilidad.

|  |
| --- |
| **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS** |

Si bien las pruebas de laboratorio son importantes en numerosas patologías de abdomen agudo, su papel en el tratamiento inicial de la peritonitis secundaria es limitado. Igualmente, las pruebas de laboratorio tienen importancia limitada para  identificar a los pacientes con compromiso intestinal que tienen alto riesgo de perforación.

**> Leucocitos**

La leucocitosis es un signo común de infección  bacteriana y se puede acompañar con desviación a la izquierda. Sin embargo, la leucocitosis es poco específica y no es importante para el diagnóstico de peritonitis secundaria o para identificar a los pacientes con riesgo de compromiso intestinal

**> Lactato**

El l-lactato se produce como un derivado de la glucólisis en todas las células del organismo. Cuando hay hipoxia, se  produce exceso de l-lactato y este es liberado en el sistema venoso. El l-lactato producido en el intestino drena a través de la circulación portal en el hígado, que puede eliminar grandes cantidades de lactato a través de la gluconeogénesis y el ciclo de Cori. El l-lactato es un marcador no específico de hipoperfusión sistémica. Se recomienda el empleo del l-lactato en plasma para orientar la reanimación inicial y como marcador de enfermedad generalizada, pero no como marcador de isquemia intestinal

**> Acidosis metabólica**

La acidosis metabólica se expresa como déficit de bases, es decir la cantidad de bases que se debe añadir para que 1 litro de sangre vuelva a tener un pH normal. El déficit de bases se considera mejor que el pH o el bicarbonato para medir la acidosis metabólica porque no está sujeto a los mecanismos compensatorios que actúan para mantener un pH normal. La utilidad de medir la acidosis metabólica para identificar a los pacientes con peritonitis secundaria o para orientar el tratamiento quirúrgico no está dilucidada.

**> Otras pruebas**

La procalcitonina puede ser de algún valor para distinguir las infecciones bacterianas de otras fuentes de inflamación, pero los datos no son suficientes como para recomendar su empleo para el diagnóstico de peritonitis secundaria en la identificación de los pacientes con compromiso intestinal.

También la **proteína C reactiva**´puede tener valor para pronosticar la necesidad de cirugía en pacientes con dolor abdominal o para identificar  a los pacientes  posoperatorios que sufren una complicación séptica, pero los datos son insuficientes para recomendar su empleo habitual.

|  |
| --- |
| **ESTUDIOS POR IMÁGENES** |

Los estudios por imágenes se deben  elegir cuidadosamente para evitar el retraso del tratamiento.

Los pacientes con peritonitis generalizada o localizada e inestabilidad hemodinámica **no necesitan** estudios por imágenes ya estos no alterarán la necesidad de laparotomía. Una excepción es el paciente hemodinámicamente estable con peritonitis y fuerte sospecha de**isquemia mesentérica** aguda. En este caso la angiografía con TC determinará la necesidad de una rápida intervención quirúrgica.

**> Diagnóstico por imágenes para confirmar la perforación ocluida por el peritoneo.**

En el paciente hemodinamicamente estable con peritonitis circunscrita, los estudios por imágenes son importantes para evaluar el grado de contaminación inicial y el grado en que esta ha sido delimitada. La perforación ocluida por el peritoneo sin diseminación de contenido intestinal se puede tratar con antibióticos y drenaje percutáneo de un absceso que sea accesible y mayor de 3 cm.

Determinar la clase de **diverticulitis perforada** es un buen ejemplo. En una revisión retrospectiva de 75 pacientes que llegaron a la consulta con diverticulitis perforada y a los que se les efectuó una TC seguida por cirugía, el 64% de los pacientes fueron estadificados correctamente por la TC.

La **apendicitis perforada y la úlcera gastroduodenal** son otras dos situaciones en las que la evaluación del grado de delimitación puede orientar el tratamiento de pacientes clínicamente estables. Sin embargo, no hay información disponible sobre la fiabilidad de las técnicas por imágenes.

En resumen, la información es limitada sobre la utilidad de los estudios por imágenes en los casos de perforación visceral, especialmente en la diverticulitis, donde la TC tiene poca sensibilidad para detectar la peritonitis purulenta.

**> Estudios por imágenes para aclarar el diagnóstico**

El subconjunto de pacientes más difícil que consulta con dolor abdominal agudo es aquel de los que no sufren peritonitis evidente. El dolor abdominal es la causa principal de consulta a los servicios de urgencia en los E.E.U.U. entre los pacientes de 18-64 años.

Por este motivo, numerosos investigadores intentaron determinar cuál es el estudio por imágenes más eficaz para identificar al pequeño subconjunto de estos pacientes que necesita cirugía urgente y efectuar el triage de los restantes para el ingreso o el alta.

Numerosos artículos sobre casos de abdomen agudo sugieren que los estudios por imágenes, especialmente la TC la tomografía computada, son importantes para mejorar la certeza diagnóstica en los pacientes sin peritonitis.

**> Identificación del paciente con alto riesgo de compromiso intestinal**

Entre la gran población de pacientes que llegan a la consulta con dolor abdominal, un subconjunto importante aparenta estar bien, pero necesita cirugía urgente debido a isquemia intestinal. Las dos causas más frecuentes son aquellos con isquemia intestinal por obstrucción de la arteria mesentérica o por obstrucción intestinal con estrangulación de víscera.

Un reciente estudio retrospectivo mostró la utilidad de la TC, que detectó la presencia de varios signos en estos casos como ascitis, engrosamiento de la pared del intestino delgado y evidencia de obstrucción de un asa ocluida. Estos signos asociados con leucocitosis  > 12 000/ml, disminución del realce de la pared intestina, que indica isquemia transmural y defensa abdominal mostraron una sensibilidad del 56% y una especificidad del 94% para el diagnóstico de estrangulación intestinal.

**> Significado clínico del neumoperitoneo**

La presencia de neumoperitoneo en un paciente que no tuvo cirugía reciente, sugiere perforación de víscera hueca. La TC permite detectar la presencia de pequeños volúmenes de neumoperitoneo, cuya significación clínica es incierta

En circunstancias óptimas, la radiografía simple permite detectar presencias mínimas de neumoperitoneo (1mm de aire peritoneal libre). **En ninguna de estas situaciones se justifica la laparotomía de urgencia**. Estos pacientes, que además carecen de otros signos y se encuentran clínicamente estables, deben ser controlados periódicamente para detectar la aparición de signos abdominales, cambios en las pruebas de  laboratorio y eventualmente repetir el estudio por imágenes.

Los pacientes con pequeño neumoperitoneo, pero con peritonitis generalizada e inestabilidad hemodinámica, deben ser operados de urgencia.

En el postoperatorio, la presencia de neumoperitoneo es normal y puede persistir hasta 30 días pero nunca tiende a crecer sino que por el contrario va disminuyendo con el tiempo.

**> Neumatosis intestinal**

La neumatosis intestinal es la presencia de gas en la pared del intestino y puede ser un signo de isquemia, pero es posible observarla en muchas otras patologías, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, tuberculosis intestinal, fibrosis quística y colagenopatía vascular.

La neumatosis intestinal es inespecífica, pero es necesario tener un umbral bajo para explorar quirúrgicamente a todo paciente con  peritonitis y/o lactato aumentado.

|  |
| --- |
| **TRATAMIENTO** |

La peritonitis secundaria produce importante secuestro de líquidos con hipovolemia, empeorado por la presencia de vómitos y diarrea. Se debe tratar al paciente con reposición de líquidos, antibióticos en forma empírica y control del foco séptico.

**> Recomendaciones**

Las recomendaciones recientes de la *Infectious Diseases Society of America*, la *World Society of Emergency Surgery*, y la *Surviving Sepsis Campaign*concuerdan totalmente con la reanimación y la antibioticoterapia iniciales para los pacientes con peritonitis secundaria

. Los pacientes con sepsis deben recibir reanimación inmediata con cristaloides para lograr que su presión venosa central sea de 8-12 mm Hg, su presión arterial media de por lo menos 65 mm Hg, su diuresis de por lo menos 0,5 ml/kg/h, la saturación de oxígeno de la mezcla venosa del 65% y la normalización del lactato plasmático .

Los pacientes con peritonitis secundaria se deben tratar empíricamente con antibióticos de amplio espectro que brinden cobertura contra los gérmenes Gram positivos, Gram negativos y anaeróbicos.

En pacientes con sepsis o shock séptico, los antibióticos se deben administrar dentro de la primera hora de atención médica. La decisión de cubrir para microorganismos resistentes o de agregar cobertura antimicótica empírica se debe basar sobre los factores de riesgo individuales.

Los pacientes con antecedentes de trasplante de un órgano sólido, con enfermedad pulmonar o hepática subyacente, o con una fuente infecciosa de origen duodenal y los pacientes postoperatorios con exposición a antibióticos de amplio espectro dentro de los tres últimos meses o con hospitalización preoperatoria mayor de cinco días están en riesgo de microorganismos resistentes a los antibióticos.

La cobertura **antimicótica**empírica se debe considerar en los pacientes gravemente enfermos con cirugía abdominal recurrente o peritonitis secundaria a una pérdida anastomótica.

Los pacientes con peritonitis generalizada o localizada con inestabilidad hemodinámica necesitan cirugía urgente. Las guías difieren en lo referente a si el paciente reanimado parcialmente debe ser llevado directamente al quirófano o si la intervención se debe efectuar después de lograr la reanimación.

Los datos citados en apoyo de estas afirmaciones dependen principalmente del riesgo de que fracase el control de la fuente infecciosa, si la operación se retrasa más allá de las 24 horas, o del tratamiento de las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos. Un solo estudio evaluó directamente el momento óptimo para la cirugía en la peritonitis secundaria.

Fue un estudio de observación prospectivo en el que 154 pacientes que llegaron a la consulta con shock séptico y evidencia de perforación gastrointestinal en la TC fueron operados en cuanto se diagnosticó el problema, independientemente de su respuesta hemodinámica a la reanimación.

El puntaje APACHE II medio fue 24 y el 96% de los pacientes tenían marcada contaminación de tres o cuatro cuadrantes abdominales en el quirófano. Los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico definitivo con plicatura de epiplón o resección intestinal.

El puntaje SOFA y el tiempo transcurrido desde la hospitalización hasta el comienzo de la cirugía se asociaron independientemente con la supervivencia a 60 días. A pesar de la intención de los autores, el tiempo hasta la cirugía varió considerablemente. Para que el retraso de la operación no se deba a una respuesta insuficiente a la reanimación se recomienda la reanimación intensiva a fin de lograr la estabilidad hemodínámica antes de la intervención quirúrgica en los pacientes con sepsis abdominal.

**> Tratamientos emergentes**

Recientemente surgió interés en identificar a los pacientes con una perforación que se cerró, pero en la que la presencia de líquido en el abdomen continúa provocando una respuesta séptica. Se espera que estos pacientes se puedan tratar con .lavaje laparoscópico sin necesidad de resecar el defecto gastrointestinal.

Tres estudios aleatorizados controlados recientes (LOLA , DIALA y SCANDIV) examinaron este enfoque en la diverticulitis perforada, aleatorizando alrededor de 350 pacientes con peritonitis purulenta a lavaje laparoscópico o sigmoidectomía.

No se observó diferencia significativa en la mortalidad a 30 días o a 12 meses. El lavaje laparoscópico se asoció con significativamente más reintervenciones en los primeros 30 días. Según datos de LOLA y DIALA, que incluyeron 12 meses de seguimiento, el lavado laparoscópico se asoció con significativamente menos reoperaciones dentro de los primeros 12 meses, pero no hubo diferencia en el número de  pacientes con un estoma a 12 meses o en las complicaciones.

Los datos disponibles sugieren que el lavaje laparoscópico es un enfoque razonable en los pacientes hemodinamicamente estables con peritonitis purulenta debida a diverticulitis perforada. Serán necesarios más estudios para determinar si este enfoque es aplicable a otras fuentes de contaminación.

Cuando el grado de perforación o de contaminación no es evidente en la peritonitis secundaria, la laparoscopia diagnóstica es una opción.

En un estudio aleatorizado controlado, se aleatorizó a 120 pacientes con dolor abdominal de etiología incierta y sin peritonitis a laparoscopia  diagnóstica precoz u observación con intervención quirúrgica si se observaba evidencia de peritonitis. El 28% de los pacientes en el grupo de observación desarrolló peritonitis y necesitó cirugía.

Los pacientes en el grupo de laparoscopia diagnóstica tuvieron muchos menos estudios por imágenes y fue más probable que tuvieran un diagnóstico definitivo al alta. No hubo diferencias en otros parámetros. La mediana del puntaje de bienestar mejoró significativamente más entre el ingreso y las seis semanas en el grupo de laparoscopia que en el de observación.

Estos datos destacan el valor diagnóstico de la laparoscopia, aunque aún no es la norma asistencial. Los autores sugieren que en el paciente con peritonitis, una vez que los cirujanos decidieron hacer la laparoscopia diagnóstica, tienen la obligación de considerar la laparotomía si no pueden determinar la etiología de la peritonitis.

|  |
| --- |
| **CONCLUSIONES** |

La peritonitis secundaria sigue siendo un importante problema con mortalidad considerable. El grado con el que el paciente puede refrenar la contaminación intrabdominal y tolerar la respuesta inflamatoria generalizada es el principal determinante de la gravedad de la peritonitis secundaria y debe ser el principal impulsor de las decisiones terapéuticas.

A pesar de toda la gama de análisis complementarios y estudios por imágenes disponibles y su utilidad en la evaluación del dolor abdominal, la peritonitis secundaria sigue siendo principalmente un diagnóstico clínico.

Ningún análisis por si solo es suficiente para identificar qué pacientes necesitan intervención quirúrgica o quiénes están en riesgo de perforación debida a estrangulación o isquemia mesentérica.

Los datos disponibles no avalan el empleo del lactato plasmático, el déficit de bases o el recuento de leucocitos, para orientar la intervención quirúrgica en la peritonitis secundaria o identificar a los pacientes con alto riesgo de perforación o isquemia. La amplia disponibilidad de los estudios por imágenes, especialmente la TC, es valiosa para el diagnóstico del dolor abdominal agudo y esencial para identificar los pacientes con alto riesgo de perforación o isquemia.

No obstante, no se debe demorar el tratamiento definitivo  en el paciente con peritonitis generalizada esperando averiguar más sobre la fuente de la contaminación. El tratamiento de la peritonitis secundaria evolucionó mucho con el refinamiento del drenaje percutáneo y la laparoscopia orientada por imágenes. Serán  necesarios más estudios para aclarar la importancia de la laparoscopia diagnóstica y el lavaje laparoscópico.