

## ASOCIACION DE CIRUGIA DE BARCELONA

Sesión del día 15 de junio de 1968

### ENTERITIS ESTAFILOCÓCICA POSTOPERATORIA

R. GAJO MIRÓ, R. GAJO REYERO

La morbilidad de las intervenciones del tramo digestivo ha descendido notablemente en los últimos años. El mejor conocimiento de la fisiopatología de muchos procesos, la notable contribución de las técnicas de anestesia y reanimación y la investigación farmacológica han hecho posible este avance.

El uso de antimicrobianos ha planteado nuevos problemas; entre ellos destaca por su notable gravedad la *enteritis estafilocócica por antibióticos*.

Esta entidad es de conocimiento relativamente reciente, por su también escasa frecuencia. En la literatura francesa cita BOQUIEN, en 1965, que existían 55 casos registrados, de los cuales 44 fallecieron.

En nuestra serie de operados por ulcus, en los tres últimos años, el caso que hemos vivido ha representado el único fallecimiento entre 132 gastrectomizados, y el único caso de enteritis estafilocócica grave que hemos registrado directamente en nuestra experiencia quirúrgica.

La Sinonimia de esta afección es abundante:

VACHON y cols.: enterocolitis agudas estafilocócicas. GIRAL y cols.: enterocolitis coleriformes estafilocócicas. KORNER TERPLAN FINLAND: disentería estafilocócica y nueva enfermedad. JAMBON: síndrome coleriforme. COOK y cols.: diarrea estafilocócica. TURNBULL: cólera estafilocócico. MEEROF: enteritis estafilocócica por antibióticos. PEDRO PONS: enteropatía por antibióticos. RIBET: diarrea de los antibióticos.

De todas las denominaciones, quizá la más completa es la que da MEEROF de "*enteritis estafilocócica por antibióticos*", pues delimita perfectamente la etiología, el agente causal y el asiento anatómico de la lesión.

Resumiendo el cuadro clínico de esta afección, podemos destacar:

- Uso de antibióticos de amplio espectro, oral o parenteral sin relación con la dosis.
- Diarreas, vómitos, distensión abdominal a los 1-5 días.
- Formas: a) leve, b) coleriforme.

- Disbacteriosis intestinal; cultivo heces: estafilococo dorado patógeno.
- Intoxicación por enterotoxina estafilocócica.

No hay relación con el tipo, ni dosis, ni vía de administración del antibiótico de amplio espectro.

Se presupone la existencia de un foco séptico, activo o latente que puede dar lugar a la eclosión de la enfermedad, si concurren factores de debilitamiento del paciente, tales como accidentes, intervenciones quirúrgicas.

Las tetraciclinas han sido los más inculpados, se citan no obstante también disbacteriosis por eritromicinas, cuando para otros autores serían estas últimas específicas para luchar contra la enfermedad.

Puede revestir dos formas clínicas: leve o diarreas banales, de buen pronóstico, que curan a menudo con la sola supresión del antibiótico y grave o coleriforme, de pronóstico muy severo, tal como la que presentó el enfermo que comentaremos.

No es constante la presentación en la luz intestinal y en las heces, de membranas de fibrina, llamadas pseudomembranas. Esta eventualidad puede asociarse, puede estar ausente y se puede presentar aisladamente.

El diagnóstico debe ser eminentemente clínico: la presencia de diarreas, con o sin vómitos, inodoras al principio, muy frecuentes, asociadas a un ascenso térmico, que en general no sobrepasa los 39° C en un paciente en tratamiento antibiótico, nos lo harán sospechar.

Antes de la verdadera diarrea coleriforme, puede presentarse, como en nuestro enfermo, una pequeña diarrea premonitoria que precede en varios días a la gran diarrea. TURNBULL explica este fenómeno por la creación de un íleo y distensión intensos, que permiten la acumulación de las secreciones intestinales en las asas, que no las expulsan hasta pasado algún lapso de tiempo.

El diagnóstico de especificidad compete al laboratorio. El sólo hallazgo del germen en las heces no tiene valor definitivo, pues se halla en un 20-30% de los adultos (80% lactantes).

El estafilococo dorado patógeno causal pertenece a los grupos fágicos III y IV y se determina estudiando su poder fermentativo. La presencia de *Cándida* en las heces es un signo indirecto de disbacteriosis.

Mientras esperamos el dictamen del laboratorio, así como el resultado del antibiograma, debemos proceder a la suspensión del antibiótico e instauración de las medidas terapéuticas necesarias.

La evolución de esta forma grave se hace a través de deshidratación y colapso a una progresiva intoxicación del enfermo, que alterna los períodos de lucidez con los de sopor.

La enterotoxina que libera el estafilococo que ha colonizado la pared intestinal parece ser que actúa por un mecanismo de Reilly similar al de la tifoidea.

En un medio hospitalario hay que presuponer que el germen será pro-



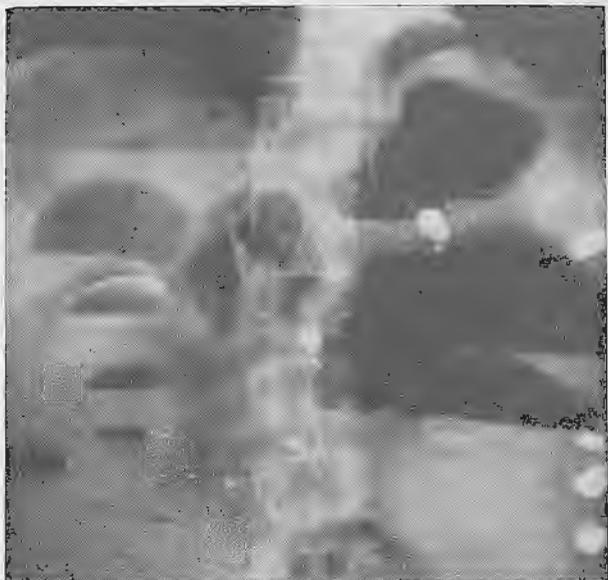


FIG. 1. — Se observan niveles hidroaéreos, restos de papilla de la exploración preoperatoria; ¿nivel subfrénico?; imágenes de condensación entre las asas.

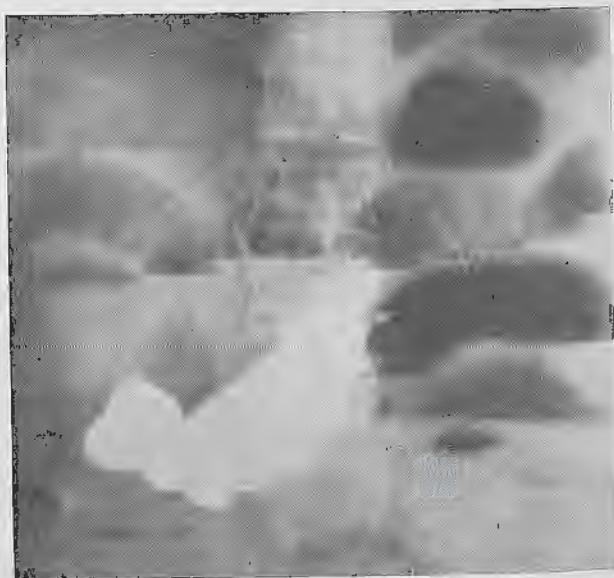


FIG. 2. — La papilla ha franqueado la neostomía; asa yeyunal muy dilatada. No hay derrame intraperitoneal.

No se halló colección peritoneal, ni serosa, ni purulenta, las asas intestinales estaban turgentes, de color rojo vinoso, de paredes relativamente engrosadas y muy dilatadas, alcanzando algunas el diámetro de un colon; una de ellas ocupaba el espacio prehepático y creemos era la responsable de la imagen radiológica subfrénica. Se hizo entonces el diagnóstico firme de enteritis, estafilocócica de suposición, se cerró el abdomen, tras comprobar la integridad de las suturas.

Al día siguiente de la reintervención, octavo después de la intervención, el enfermo presentó trastornos respiratorios de tipo central que requirieron la práctica de una traqueotomía de urgencia para poderle colocar un respirador.

Los días 9.º y 10.º aparecieron las deposiciones diarreicas, muy frecuentes, de 9 a 12 por día; a pesar de todas las medidas de reanimación, reequilibrio hídrico, volemia, iones sanguíneos, respiración, el enfermo entró en coma y falleció.

La evolución de la curva térmica demuestra que no se sobrepasó los 38,5°C.

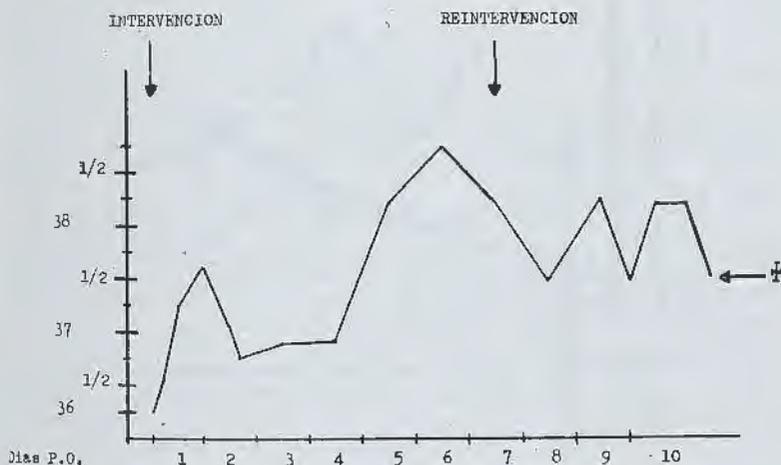


FIG. 3

Tiene interés el estudio de la evolución de la leucocitosis y fórmula leucocitaria. Se observó un aumento progresivo de los leucocitos con descenso relativo a partir de 8.º día; simultáneamente ascendieron las formas juveniles.

La disminución progresiva de los linfocitos, así como el descenso de los neutrófilos en franja son signos de mal pronóstico.

El examen bacteriológico demostró la existencia de estafilococo áureo patógeno manita positivo; se hallaron asimismo abundantes colonias de Cándida.

El tratamiento antibiótico se hizo con cloxacilina y kanamicina.

Se ha presentado un caso de enteritis estafilocócica por antibióticos ocurrida en el postoperatorio de una intervención de cirugía abdominal.

Hay que destacar la peculiar evolución del caso, con una radiología que indujo a sentar el diagnóstico de peritonitis. La reintervención permitió

sentar el diagnóstico anatomopatológico de enteritis, estafilocócica de suposición.

Queremos por último testimoniar nuestro agradecimiento a los diferentes Servicios de este Centro Sanitario: Radiología, Análisis, Urgencias, Anestesia, Bacteriología y Reanimación, que colaboraron poniendo toda su voluntad y los medios para intentar salvar la vida del paciente.

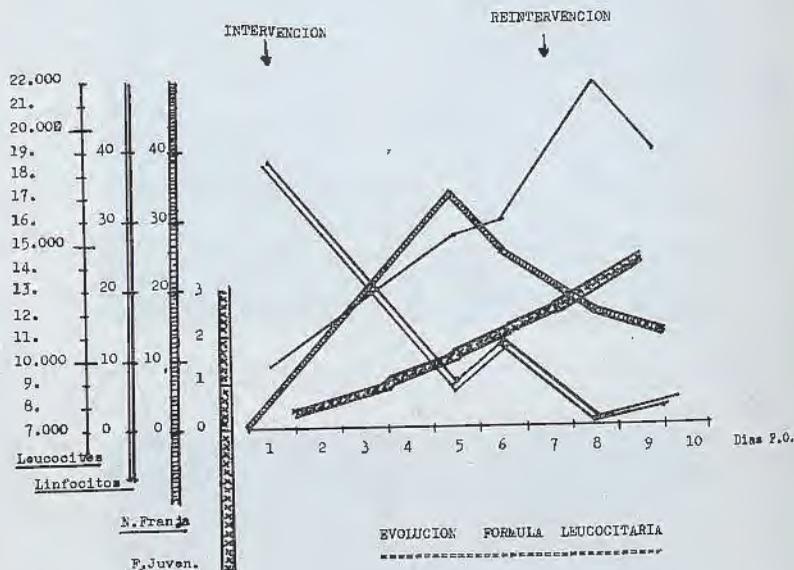


FIG. 4

## BIBLIOGRAFIA

- BROWN WILLIAM, J.: Membranous staphylococcal. *The Am. Jour. of Dig. Dis.*, 20, 1953, 73-75.
- DINEEN, P.: Infecciones importantes en período postoperatorio. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica*. Abril, 1964, 561-563.
- FRATTA, M.: La enteritis estafilocócica post-operativa. *Minerva Chirur.*, 16, 1961, 824-829.
- HURTON NORMAN, A.: Diagnosis of Staphyloc. enteritis. *The Canad. Med. Assoc. Journal*, 83, 1960, 700-704.
- MEEROF, M.: Enteritis estafilocócica por antibióticos. *Prensa Médica Argentina*, 1955, XLII, 1207-1216.
- PEDRO PONS, A.: Enteropatía por antibióticos. *Patología Médica*. Tomo 1, 1964, 444-446.
- PROHASKA, J. v.: Staphylococcus enterotoxin enteritis. *Sur. Ginec. & Obst.*, 109, 1959, 73-77.
- PROHASKA, J. v.: Uso y abuso de antibióticos en cirugía general. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica*. Febrero, 1964, 97-106.
- RINET, A.: EMC-Estomac Intestin 4-3-1966. *Accidents Digestifs d'origine thérapeutique*, 9110-A 10.
- SALA PATAU, E.: Enteritis grave por antibióticos. *Anales de Medicina y Cirugía*. Mayo-junio, 1958, 147.
- THOMA GEORGE, W.: Acute postoperative enteritis. *Am. Jour. of Surgery.*, 88, 1954, 357-360.

- TURNBULL, R. B.: Clinical recognition of postoperative micrococcic (staphylococcic) enteritis. J.A.M.A., 1957, 164, 756-761.
- TURNBULL, R. B.: Diagnóstico y tratamiento de la enteritis estafilocócica postoperatoria. *Diario Médico Argentino*, XXIX-1957, 2854-2856.
- VILAR BONET, J.: Enteritis estafilocócica. *Medicina Clínica*, 29, 1957, 367-370.
- WAKEFIELD, R., y SHELDON, C.: Enteritis estafilocócica membranosa fatal en pacientes quirúrgicos. *Anales de Cirugía*, 12, 1953, 1396-1400.

*Servicio de Urgencias Quirúrgicas. De la Seguridad Social. Ciudad Sanitaria.*

### DISCUSIÓN

DR. CURTO. — Caso muy interesante, puesto que están vigentes las diarreas coleriformes postvatomía. Hay casos en que no se administran antibióticos y se presentan también diarreas.

Cree que las causas de diarreas postoperatorias son muchas y entre ellas, las que más quizás, las debidas a antibióticos.

Tuvo un caso de vagotomía con diarreas coleriformes que para rehidratarlo se administraron 10 litros de líquidos en 8 horas.

DR. SALA PATAU. — Vio un caso en el que no se intervino sobre el abdomen. Se trataba de una flebitis, que fue sometida a tratamiento antibiótico de amplio espectro y que presentó una diarrea coleriforme de gran importancia, puesto que llegó a la hipotensión y colapso.

Un tratamiento a base de eritromicina y cortisona con gran cantidad de líquidos, yuguló la diarrea.

DR. VENDRELL TORNÉ. — Operó a un enfermo con gastrectomía Billroth I, sin vagotomía. En el postoperatorio fue tratado con estrepto-chemicetina. Al quinto día apareció delirio, hipotensión e hipertermia, pero sin diarreas.

Remontó al enfermo y lo reintervino con anestesia local, con el resultado de laparotomía blanca. Después de esta segunda operación se presentó una diarrea. Como el coprocultivo tardaría 24 horas en dar un resultado afirmativo o negativo, él actuó como si fuera positivo y estableció una terapéutica a base de eritromicina, corticoides y abundante líquido. En 12 horas solamente se produjo un cambio espectacular. El coprocultivo dictaminó que se trataba de estafilococos.

DR. PI-FIGUERAS. — Recuerda el caso de un colega que en una operación sobre el mismo colon, aparecieron diarreas por estafilococos.

Está de acuerdo con el tratamiento efectuado por el Dr. SALA PATAU y el Dr. VENDRELL TORNÉ.

#### *Contesta el comunicante*

Al Dr. CURTO: No cree que fuera por la intervención gástrica en sí, sino por los antibióticos.

Al Dr. SALA PATAU: Se administró cloxacilina, porque en aquel momento no se disponía de eritromicina. No murió por deshidratación.