

## REPORTE DE CASO

# Laparotomía de urgencia por peritonitis primaria en paciente pediátrico previamente sano: reporte de caso

Jéshua Wandherley Dos santos Ramírez<sup>1</sup><sup>1</sup>Departamento de Cirugía, Hospital Distrital de Joyabaj, Quiché, Guatemala

## RESUMEN

Gran parte de los pacientes que presentan peritonitis de inicio súbito tienen alguna causa secundaria como apendicitis aguda o perforación intestinal. La peritonitis primaria es una patología extremadamente inusual como causa de abdomen agudo, siendo menos del 1-2%. En pacientes pediátricos, la presentación clínica puede ser similar a un cuadro de peritonitis secundaria y requerir intervención quirúrgica. Se presenta el caso de una paciente pediátrica con peritonitis primaria con signos y síntomas semejantes a la apendicitis aguda, que fue intervenida mediante laparotomía exploratoria, la cual no fue terapéutica, ya que no se encontró causa secundaria de peritonitis. Este caso discute la utilidad de la cirugía abierta en estos pacientes o si existen mejores alternativas del manejo preoperatorio, principalmente en centros de salud con recursos limitados donde no se dispone de estudios de imagen disponibles o instrumental para cirugía laparoscópica.

**Palabras clave:** Peritonitis; Laparotomía; Pediatría; Estudio de Caso (Fuente: DeCS)

## Emergency laparotomy for primary peritonitis in a previously healthy pediatric patient: case report

## ABSTRACT

Most patients who present with sudden-onset peritonitis have some secondary cause such as acute appendicitis or intestinal perforation. Primary peritonitis is an extremely unusual pathology as a cause of acute abdomen, accounting for less than 1-2%. In pediatric patients, the clinical presentation may be similar to that of secondary peritonitis and require surgical intervention. We present the case of a pediatric patient with primary peritonitis, with signs and symptoms similar to acute appendicitis, who underwent exploratory laparotomy, which was non-therapeutic, since no secondary cause of peritonitis was found. This case discusses the usefulness of open surgery in these patients or whether there are better alternatives for preoperative management, mainly in health centers with limited resources where there are no imaging studies or instruments available for laparoscopic surgery.

**Keywords:** Peritonitis; Laparotomy; Pediatrics; Case Reports (Source: MeSH)


## Citar como:

Dos santos Ramírez JW.  
Laparotomía de urgencia por peritonitis primaria en paciente pediátrico previamente sano: reporte de caso. *Investig Innov Clin Quir Pediatr.* 2025;3(1):43-6.  
doi:10.59594/iicqp.2025.v3n1.109

## Autor correspondiente:

Jéshua Wandherley Dos santos Ramírez  
Correo electrónico:  
jeshuadossantos@gmail.com

## ORCID iDs

Jéshua Wandherley Dos santos Ramírez  
 <https://orcid.org/0009-0005-1750-3047>

Recibido : 06/08/2024

Aprobado : 06/04/2025

Publicado : 28/05/2025



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Copyright © 2025, Investigación e Innovación Clínica y Quirúrgica Pediátrica.

## INTRODUCCIÓN

La peritonitis se define como una inflamación del peritoneo, esta puede ser primaria, la cual es ocasionada por una infección espontánea del líquido ascítico o de la cavidad peritoneal por microorganismos, sin manipulación desde el exterior ni salida de contenido del tubo digestivo como fuente contaminante. Por otro lado, la peritonitis secundaria es ocasionada por una infección del tubo digestivo como en la apendicitis aguda; y la terciaria, que ocurre en pacientes después de la intervención quirúrgica por peritonitis secundaria que no responden al tratamiento o que presentan sepsis (1).

La peritonitis primaria es una entidad que se asocia a pacientes que presentan ascitis, por ejemplo, pacientes con diálisis peritoneal o cirrosis hepática. Este líquido ascítico sirve como medio de cultivo para la replicación de los microorganismos patógenos (2). En los casos de peritonitis primaria asociados a ascitis, el desarrollo de peritonitis primaria se explica por la translocación bacteriana (2).

En pacientes pediátricos sin ascitis, cuando se presenta peritonitis primaria, la etiología en el 90% de los casos se debe a episodios de faringitis, con detección de *Streptococcus pneumoniae* en el 60% de estos. Sin embargo, estos casos representan menos del 1-2% de las emergencias abdominales (3,4) y son abordados quirúrgicamente (3). Varias teorías explican la fisiopatología de la peritonitis primaria sin ascitis, pero la más aceptada es la diseminación hematógena por la presencia de bacteriemia (3).

El cuadro clínico de la peritonitis primaria sin ascitis es inespecífico, compartiendo la mayoría de las manifestaciones con la peritonitis secundaria, incluyendo náuseas, vómitos y dolor abdominal difuso. Adicionalmente, pueden encontrarse signos de irritación peritoneal, leucocitosis con desviación a la izquierda y elevación de reactantes de fase aguda.

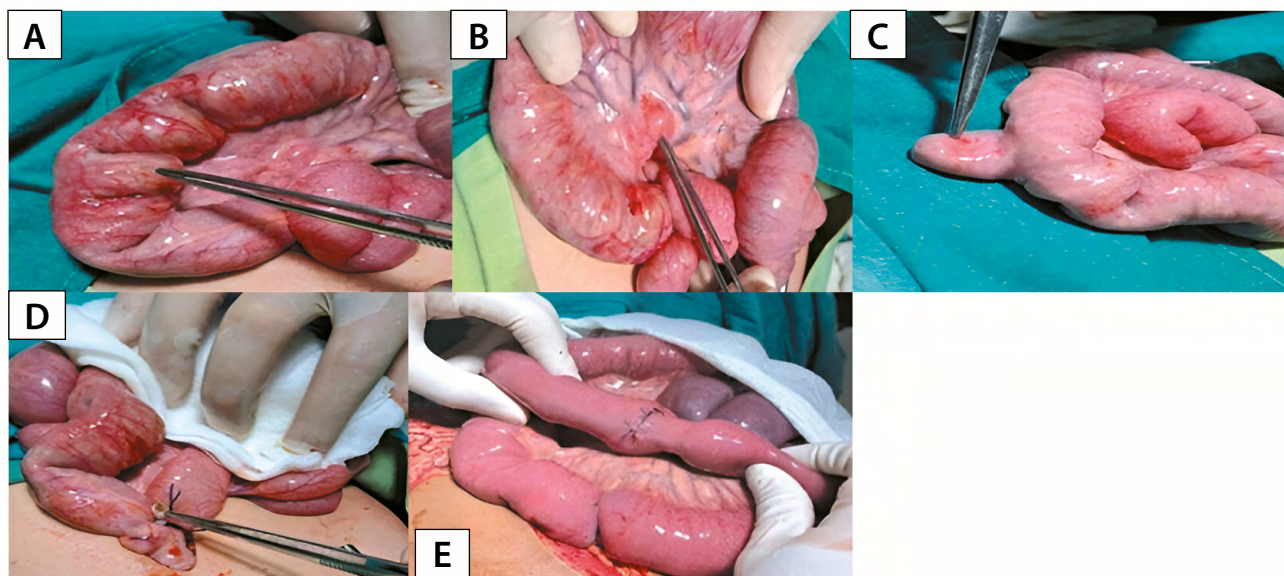
Los casos sobre peritonitis primaria en niños son una entidad infrecuente, sin embargo, la forma de presentación clínica es similar a la apendicitis por lo que puede llevar a una confusión del diagnóstico inicial. Para ambas situaciones, la exploración quirúrgica es la mejor opción terapéutica y proporciona un diagnóstico definitivo (4).

A continuación, se presenta el caso de una paciente pediátrica con peritonitis primaria con clínica similar a la apendicitis aguda.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 6 años de edad acude al centro de salud con dolor abdominal de 12 horas de evolución, acompañado de fiebre, hiporexia y náuseas. Durante la entrevista, los padres no refieren antecedentes obstétricos, patológicos o familiares de importancia. En la exploración, la paciente no refiere migración del dolor y al examen físico se muestra febril, normotensa, con taquicardia, dolor generalizado y signo de Blumberg positivo. El hemograma indica 35,000 leucocitos/mm<sup>3</sup> y la Puntuación Pediátrica de Apendicitis (Pediatric Appendicitis Score, PAS) fue de 9 puntos. Se sospecha de apendicitis perforada con cuadro atípico o sesgo en el tiempo de evolución del dolor. En base a los hallazgos, se decide llevar a quirófano y el inicio de doble cobertura antibiótica empírica vía intravenosa con ceftriaxona a 75 mg/kg/día y metronidazol a 35 mg/kg/día.

Los hallazgos quirúrgicos se muestran en la Figura 1. Se evidencian cambios inflamatorios y fibrina del íleon terminal. No se evidencia perforación intestinal. El apéndice muestra aspecto normal. Se observa presencia de adenitis mesentérica. El divertículo de Meckel presenta aspecto normal, no perforado, no sangrante y 150 mL de líquido de aspecto purulento y rastros de fibrina. Durante el procedimiento,



**Figura 1.** Hallazgos de la laparotomía exploratoria

A) Íleon terminal con cambios inflamatorios. B) Adenitis mesentérica C) Divertículo de Meckel a 80cms de válvula ileocecal. D) Muñón apendicular después de realizar apendicetomía. E) Diverticulectomía en cuña.

se procede a recolectar el líquido, drenaje y lavado de cavidad con apendicectomía profiláctica para realizar un cultivo bacteriano, con diverticulectomía en cuña. En el postoperatorio inmediato, se realiza hemocultivo periférico.

Luego del procedimiento, la paciente continúa febril, se inicia dieta vía oral con tolerancia parcial. Al quinto día, se repite el hemograma, observándose la permanencia de leucocitosis. En base a este hallazgo, se decide realizar un ultrasonido de colecciones, el cual mostró un resultado negativo a colecciones intraabdominales. Al séptimo día, se obtienen los resultados de los cultivos recolectados durante el procedimiento, evidenciándose la presencia de *S. pneumoniae* en el cultivo de secreción, resistente a ceftriaxona y cefalotina, y sensible a ciprofloxacina, levofloxacina, gentamicina, amikacina y ampicilina.

El hemocultivo resultó positivo al mismo microorganismo. En base a estos hallazgos, se procede a la administración de ciprofloxacina, intravenosa a 20 mg/kg/día, repartida en dos dosis. A las 72 horas, la paciente presentó mejoría clínica, con tolerancia oral adecuada, hábito intestinal normal, abdomen no doloroso y leucocitosis resuelta. Luego de observar la mejoría, se modificó la terapia a vía oral con ciprofloxacina a 30 mg/kg/día y la paciente fue dada de alta del hospital al décimo día. Se solicita consentimiento informado de cuidador de paciente antes del alta. En el seguimiento a la semana del alta, la paciente presentó buena evolución. Se citó nuevamente en 1 mes, pero no acudió. Cabe resaltar que la paciente provenía de un área rural lejana, de escasos recursos y sin transporte propio; había sido traída a la primera consulta por los bomberos voluntarios en ambulancia, por lo que ya no fue posible realizar controles adicionales.

## DISCUSIÓN

La peritonitis secundaria, especialmente aquella debida a apendicitis aguda, es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en la población pediátrica. En Estados Unidos, más de 70 000 niños son diagnosticados anualmente, o aproximadamente 1 por cada 1 000 niños por año (4). Debido a esto, las causas restantes, como el caso de la peritonitis primaria o espontánea, un proceso inflamatorio intestinal sin foco infeccioso aparente, es difícil de sospechar. Si bien la peritonitis primaria está vinculada a pacientes con patologías crónicas preexistentes como inmunosupresión, hipoalbuminemia, síndrome nefrótico, hepatopatía u otras patologías que causan ascitis, en un paciente previamente sano, la sospecha requiere de mucha pericia, ya que su incidencia es menor del 1-2 % de las causas de abdomen agudo (4). Hasta el momento, se desconocen los mecanismos que conllevan al desarrollo de peritonitis primaria, aunque se han formulado varias teorías. Reportes de caso similares indican que la patología puede ocurrir por una diseminación de *S. pyogenes* en pacientes con infección orofaríngea; la segunda, a la diseminación por contigüidad de una infección localizada en los nódulos linfáticos abdominales, secundaria a la infección de cualquier órgano intraabdominal; y la tercera, a la diseminación transmural de bacterias contenidas en el intestino. Aunque es probable que la peritonitis se deba a una combinación de los mecanismos mencionados (3). El 90

% de las infecciones en los casos de peritonitis primaria son monomicrobianas. Actualmente, el germen más prevalente en niños es *S. pneumoniae* (3). La peritonitis primaria causada por *S. pneumoniae* carece de signos patognomónicos; la enfermedad comparte la clínica y la analítica sanguínea de otras patologías, siendo el principal diagnóstico diferencial la apendicitis aguda (5). En este caso, la única diferencia encontrada con la apendicitis fue la instalación brusca de los síntomas en menos de 24 horas, acompañada de leucocitosis marcada, desproporcional al tiempo de evolución (2). Los estudios de imagen son fundamentales para sospechar del cuadro, al evidenciar un aumento del líquido peritoneal, sin datos de perforación o foco infeccioso concreto (3). Sin embargo, ante la ausencia de estudios de imagen, la literatura indica tratamiento quirúrgico (1,3,4,6). El tratamiento inicial se basa en el uso de antibióticos administrados de forma empírica, y luego, dirigida, según el antibiograma (1). Sin embargo, en un paciente con signos claros de abdomen agudo y un cuadro clínico indistinguible de la apendicitis aguda, la intervención quirúrgica se vuelve mandatoria (1,3,4,6). La cirugía consiste en apendicectomía profiláctica (4), con drenaje de líquido y toma de muestras de lavado de la cavidad abdominal para cultivo (3,4). Si bien en estos casos se sugiere la aplicación de laparoscopia diagnóstica (1), en muchos centros de bajos recursos económicos no está disponible, por lo que se opta por la laparotomía exploratoria (3,4). Además, la terapia antibiótica se superpone como la mejor opción posterior a la exploración quirúrgica abierta; un reporte de caso en una niña de 6 años menciona que la terapia con antibióticos es muy efectiva sin complicaciones posteriores al terminar el tratamiento. El diagnóstico definitivo es confirmado aislando el patógeno, que frecuentemente corresponde a un microorganismo grampositivo (1). En cuanto al manejo del divertículo asintomático como hallazgo incidental durante una laparotomía, existen controversias (7,8). Desde estudios antiguos como el de Soltero y Bill, en 1976, no se justificaba la diverticulectomía ya que estimaban que el riesgo a largo plazo de complicaciones del divertículo de Meckel era de 4,2 % y que este disminuía con la edad. Sin embargo, otros autores estimaron que el riesgo de complicaciones a largo plazo del divertículo era del 3,7 % a los 16 años y que disminuía al 0 % a los 76 años de edad. Olmsted County Minnesota y en la Mayo Clinic Rochester sustentaron la diverticulectomía incidental con base en el seguimiento de 145 pacientes operados, en donde el riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo (20 años) era del 2 % (bridas), mientras que en los pacientes operados por complicaciones del divertículo de Meckel la morbilidad fue del 7 %. Sin embargo, en otro estudio también de la Mayo Clinic, se encontró que la edad menor de 50 años, el sexo masculino, la longitud diverticular superior a 2 cm y el divertículo que contiene tejido ectópico o anormal son factores relacionados con los síntomas, mientras que el diámetro del divertículo y la relación longitud/diámetro se consideran factores irrelevantes. Recomiendan la resección en presencia de uno de estos cuatro factores. En presencia de un criterio, la tasa de aparición de síntomas es del 17,2 %; la de dos criterios, del 25,3 %; la de tres, del 42 %; y con 4 criterios, del 70 %. En nuestro caso, la paciente cumplía con 2 criterios (menor de 50 años, divertículo mayor de 2 cm), por lo que la diverticulectomía fue considerada. Las limitaciones

de este caso clínico fueron la no disponibilidad de estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC), la falta de equipo e instrumental para laparoscopia y la falta de seguimiento de la paciente luego de su egreso.

## CONCLUSIONES

No existen signos clínicos o de laboratorio que nos diferencien la peritonitis primaria de la peritonitis secundaria; por lo tanto, el diagnóstico obliga a realizar estudios de imagen o, en ausencia de estos, la intervención quirúrgica. La intervención quirúrgica de elección es la laparoscópica, pero en ausencia de instrumental requerido para esta, se realiza la laparotomía. El procedimiento consiste en: 1) toma de cultivos; 2) drenaje de líquido o colecciones; 3) apendicectomía profiláctica; y 4) lavado de cavidad abdominal. Hecho el diagnóstico, el tratamiento consiste en antibióticos que deben administrarse de forma dirigida al microorganismo aislado en los cultivos y según el antibiograma.

### Contribución de los autores

El autor confirma su responsabilidad sobre la conceptualización y diseño, colección de datos, análisis, interpretación y preparación del manuscrito final.

### Financiamiento

El presente estudio fue autofinanciado.

### Aspectos éticos

Se obtuvo el consentimiento informado de cuidador del paciente

### Conflictos de interés

El autor no tiene no tiene ningún conflicto de interés asociado con el material presentado en el manuscrito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navia MJ, Caroli PL. Peritonitis primaria en niños sanos. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61(6):554-7. doi: 10.1016/s1695-4033(04)78444-1
2. González Alonso R, González García M, Albillos Martínez A. Fisiopatología de la translocación y la peritonitis bacteriana espontánea en la cirrosis. *Gastroenterol Hepatol*. 2007;30(2):78-84. doi: 10.1157/13099277
3. Martín Pedraz L, Obando Pacheco P, Santos Sebastián MM. Infecciones intraabdominales. Sección de Infectología Pediátrica e Inmunodeficiencias. Hospital Regional Universitario de Málaga. *Protoc Diagn Ter Pediatr [Internet]*. 2023 [citado 20 de julio 2023];2:245-257. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15\\_infecciones\\_intraabdominales.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15_infecciones_intraabdominales.pdf)
4. Khilji MF. Primary Peritonitis-A Forgotten Entity. *European J Pediatr Surg Rep*. 2015 Jun;3(1):27-9. doi: 10.1055/s-0034-1374544
5. Pérez Guadalupe M, Parra A, Casimir L, Mastroianni A, Reijtman V, Lopardo H, et al. Infecciones invasivas por *Streptococcus pneumoniae* en un hospital pediátrico de tercer nivel antes de la introducción de la vacuna conjugada: Características clínicas y serotipos involucrados. *Arch Argent Pediatr*. 2013;111(3): 202-5. doi: 10.5546/aap.2013.202
6. Falcao G, Bazzino F, Badía F. Peritonitis primaria a *Streptococcus pyogenes*. Reporte de caso en una adolescente. *Rev Latin Infect Pediatr*. 2023;36(2):83-6. doi:10.35366/112107.
7. Erol V, Yoldaş T, Cin S, Çalıřkan C, Akgün E, Korkut M. Complicated Meckel's diverticulum and therapeutic management. *Ulus Cerrahi Derg*. 2013;29(2):63-6. doi: 10.5152/UCD.2013.36
8. Barrera Lozano LM, Vélez Román JC, Londoño Schimmer EE, López Panqueva RP. Divertículo de Meckel en el paciente adulto. Experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Rev Col Gastroenterol [Internet]*. 2005 [citado 20 de julio 2023];20(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572005000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000300004).