



Libros Virtuales IntraMed



Peritonitis Bacteriana Espontánea.

La PBE es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis y ascitis. La prevalencia de PBE en pacientes cirróticos con ascitis que ingresan al hospital es de un 10 a 30%, estando la mitad de los episodios presentes al ingreso hospitalario y la otra mitad se adquieren durante la internación.

Definición

Se trata de una infección del líquido ascítico en ausencia de un foco infeccioso intraabdominal. La presencia de más de 250 polimorfonucleares por mm³ definen esta condición clínica. Generalmente se trata de infecciones monobacterianas, siendo los bacilos Gram negativos aeróbios entéricos los principales patógenos involucrados (principalmente E. Coli), aunque se ve aumento de los episodios causados por gérmenes Gram positivos.

La patogenia comprende traslocación de gérmenes de la luz intestinal hacia los ganglios linfáticos y contaminación del líquido ascítico a través de bacteriemias.

Cuadro Clínico

La forma de presentación es muy variable, pudiendo cursar con un cuadro francamente peritoneal (dolor, defensa, Blumberg+, íleo, vómitos), o con alteraciones clínicas de la función hepática (encefalopatía) de la función renal como manifestaciones predominantes, o bien ser asintomático y diagnosticarse en una paracentesis rutinaria.

Estudios Diagnósticos

Debe realizarse de paracentesis a todos los pacientes que:

- ingresan al hospital para descartar una PBE adquirida en la comunidad
- siempre que un paciente con cirrosis y ascitis presente:
 - dolor abdominal,
 - encefalopatía,
 - deterioro de la función renal,
 - fiebre,
 - leucocitosis de causa inexplicable
 - hemorragia digestiva (antes de comenzar la profilaxis).

Se considera que la presencia de más de 250 PMN por mm³ en LA tiene una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de PBE, por lo que se debe comenzar tratamiento antibiótico empírico inmediatamente, sin esperar el resultado microbiológico.

El LA debe cultivarse en un frasco de hemocultivo, por lo menos 10 cm³ y deben enviarse también cultivos de sangre periférica puesto que puede ayudar al diagnóstico (bacteriemias transitorias 30%). Sin embargo entre un 30 y un 50% de los cultivos resultan negativos. Esto es debido al bajo número de gérmenes en el LA .

Esta situación, más de 250 PMN por mm³ sin hallazgo microbiológico se llama <<PBE con cultivo negativo>> y se considera una variante de la PBE ya que su evolución a corto y largo plazo es la misma, por lo tanto no debe suspenderse el tratamiento antibiótico al recibir el cultivo negativo a las 48 hs.

Una tercera situación que puede ocurrir es la existencia de un cultivo positivo en el LA no asociado a una reacción inflamatoria peritoneal (menos de 250 PMN por mm³). Esto puede corresponder a una colonización del LA en el contexto de una infección extraperitoneal, neumonía, infección urinaria, o darse sin una infección que la justifique, llamándose en estos casos bacterioascitis. Por lo general se diagnostica 48 hs luego de la punción (cuando está el resultado de los cultivos). La bacterioascitis correspondería al momento inicial de colonización del LA y no requiere tratamiento antibiótico inmediato sino que debe repetirse la paracentesis para evaluar el sedimento y el cultivo del LA.

Si el recuento de PMN aumentó y ahora es mayor a 250 por mm³, la bacterioascitis ha evolucionado a una PBE por lo que debe comenzarse tratamiento de acuerdo con el germen que se aisló. Lo mismo ocurre en caso que existan signos de irritación peritoneal o sistémicos de infección.

Si el número de PMN sigue siendo menor a 250 por mm³ y el cultivo del LA sigue siendo positivo para el mismo germen debe comenzarse tratamiento antibiótico adecuado.

Si el número de PMN es menor de 250 y el cultivo es negativo puede considerarse que la bacterioascitis se ha resuelto espontáneamente y no se requiere ningún tratamiento.

Si bien la mayoría de las peritonitis en los pacientes cirróticos con ascitis son espontáneas, en algunos casos son secundarias a infecciones intraabdominales que habitualmente requieren cirugía. Se considera que en un paciente con cirrosis y ascitis debe sospecharse la presencia de una peritonitis secundaria.

Criterios de Peritonitis Secundaria

glucosa menor a 50 mg/dl,

proteínas mayor a 10 g/l y

LDH superior a la plasmática,

Cultivo polimicrobiano

Tratamiento

El tratamiento antibiótico empírico debe comenzarse inmediatamente, debiendo cubrir los gérmenes más frecuentemente involucrados (enterobacterias y estreptococos no enterococos). Si bien la droga más estudiada es la Cefotaxima (2 gr/12hs ev), otras cefalosporinas de tercera generación han demostrado ser igualmente efectivas (ceftriaxona 2 gr/día ev). El tratamiento no debe durar menos de 5 días siempre que hayan desaparecido los signos y síntomas locales y sistémicos de la infección. Algunos pacientes con PBE no complicada (sin alteración hemodinámica, íleo ni insuficiencia renal) y que no recibían quinolonas como profilaxis pueden tratarse con ofloxacina o ciprofloxacina vo no existiendo en estos casos diferencias significativas con el tratamiento habitual.

En pacientes que desarrollan PBE recibiendo profilaxis con quinolonas no debe modificarse la estrategia empírica (en estos casos no administrar quinolonas por elevada resistencia).

En caso de hipersensibilidad a lactámicos ciprofloxacina ev es una buena alternativa.

Sin embargo, a pesar de que la curación de la PBE con los diferentes esquemas antibióticos se da en un 75-90%, la mortalidad hospitalaria de estos pacientes es muy alta. Este hecho es debido a que la infección actúa como un disparador de mecanismos que alteran aún más la pobre situación hemodinámica, progresando hasta en un 30 % a insuficiencia renal (síndrome hepatorenal). La prevención de este deterioro hemodinámico y la insuficiencia renal podrían efectuarse mediante la administración endovenosa de albúmina, lo que se asocia a una mejoría en la supervivencia de estos pacientes y reducción de la progresión a insuficiencia renal a un 10%. La dosis de albúmina es de 1,5g/kg el primer día y 1g/kg el tercer día.

Profilaxis de PBE

Secundaria:

La elevada mortalidad, la alta tasa de recurrencia (hasta 50%) y el pobre pronóstico luego del primer episodio, exige la adopción de medidas que sean capaces de prevenir la PBE. Por lo tanto, todos los pacientes que hayan tenido PBE deben recibir profilaxis secundaria.

Sin embargo el uso de profilaxis se relaciona con aumento de la resistencia antibiótica, selección de cepas, y casos de PBE por gérmenes Gram positivos.

El esquema mayormente utilizado es norfloxacina (400 mg/día). Otros podrían ser ciprofloxacina 750 mg/semanales, TMS 400 mg/día.

Esta profilaxis secundaria debe extenderse durante toda la vida o hasta el trasplante hepático, pudiendo suspenderse en los momentos en que no haya líquido ascítico.

Primaria

Sin embargo existen ciertos pacientes con ascitis y cirrosis, que no habiendo tenido PBE, se encuentran en un grupo de alto riesgo de desarrollarlo y por lo tanto deben recibir profilaxis primaria.

Un grupo de riesgo lo constituyen los pacientes con hemorragia digestiva donde se demostró que la profilaxis antibiótica disminuye dramáticamente la incidencia de PBE y otras infecciones bacterianas. El régimen antibiótico de primera elección podría ser norfloxacina 400mg/12hs por vo o sonda nasogástrica durante siete días. Dado que un porcentaje elevado de pacientes ya presentan una infección al momento del diagnóstico de la hemorragia, la posibilidad de que exista una PBE debe descartarse antes de iniciar la profilaxis mediante paracentesis (en caso de que haya PBE debe tratarse y no hacer profilaxis).

El otro grupo de alto riesgo lo constituyen los pacientes con una concentración de proteínas en el líquido ascítico inferior, menos de 10 g/l. Si bien no existe consenso en dar profilaxis primaria a estos pacientes, aquellos que presenten bilirrubina mayor a 3 mg/dl y plaquetas menores de 90.000, debido al alto riesgo de desarrollar PBE (55% anual), se beneficiarían con profilaxis antibiótica.

Similar situación ocurre con los pacientes hospitalizados por largo tiempo o aquell

Algoritmo de Diagnóstico y Tratamiento de Paciente con sospecha de PBE

