

> INFECCIONES BACTERIANAS EN LA CIRROSIS HEPÁTICA

Autores: Dra. Adelaida Rey, Dra. Lucía Bonet

Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE): infección del líquido ascítico en ausencia de una causa evidente. Se presenta en pacientes con cirrosis avanzada. Son causados por microorganismos aerobios gramnegativos (*E. coli*, *Klebsiella sp*, *Streptococcus sp*, *Enterococcus sp* y *Staphylococcus sp*.)

Peritonitis bacteriana secundaria: a una perforación de víscera o proceso intraabdominal. Los síntomas y/o signos abdominales están muy localizados, presencia de múltiples microorganismos en el cultivo, recuento de neutrófilos muy alto y/o alta concentración de proteínas en el líquido ascítico.

Bacterioascitis: colonización de la ascitis, bien a partir de una infección extraperitoneal o de forma espontánea. En los pacientes asintomáticos la bacterioascitis representa generalmente una colonización transitoria y espontáneamente reversible, mientras que en los sintomáticos suele ser el inicio de una PBE.

Empiema pleural bacteriano espontáneo: infección de un hidrotórax preexistente. Se asocia a PBE hasta en un 50% de los casos.

Todas estas entidades pueden desarrollarse en pacientes asintomáticos o acompañarse de síntomas como: fiebre, dolor o distensión abdominal, alteración nivel conciencia, diarrea, íleo paralítico, hipotensión, hipotermia o alteraciones analíticas como leucocitosis, acidosis metabólica, amoniemia.

Diagnóstico

Debe realizarse una paracentesis diagnóstica a todo paciente que acuda al hospital con cirrosis hepática y que presente:

- Ascitis
- Hemorragia digestiva
- Shock
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Empeoramiento de la función hepática
- Insuficiencia renal
- Encefalopatía

En todos los pacientes debe realizarse una analítica con hemograma, coagulación, función renal y hepática. Así como extraer hemocultivos y urocultivo.

Peritonitis bacteriana espontánea

Paracentesis con análisis bioquímico y microbiológico (en frasco de hemocultivo) del líquido ascítico:

- Recuento de PMN $>250 /\text{mm}^3$ En líquidos hemáticos (>10.000 hematíes/ mm^3) se debe aplicar un factor de corrección de 1 PMN por cada 250 hematíes
- Cultivo positivo monobacteriano de líquido ascítico confirma el diagnóstico

Peritonitis bacteriana secundaria

- Cultivo del líquido ascítico polimicrobiano
- PMN y proteínas del líquido ascítico son muy elevadas
- Recuento de PMN no disminuye hasta al menos el 25% del valor pre-tratamiento

En caso de sospecha solicitar una prueba de imagen (TAC abdominal)

Empiema pleural bacteriano espontáneo

- Análisis del líquido pleural con cultivo positivo
- Más de 250 neutrófilos/ mm^3
- Cultivo negativo con más de 500 neutrófilos/ mm^3 , en ausencia de infección pulmonar

Tratamiento de la peritonitis bacteriana espontánea

Iniciarse inmediatamente después del diagnóstico sin esperar el resultado del cultivo.

Las primeras 48 horas debe ser tratamiento parenteral, posteriormente si existe buena evolución puede realizarse terapia secuencial a vía oral, durante 5 días más, para completar una semana de tratamiento.

Empírico	Alergia a penicilina	Tratamiento oral
Cefotaxima 2g/8h EV	Ciprofloxacino 400mg/12h EV o Aztreonam 1-2g/8h +/- vancomicina 15 mg/Kg/12h (si profilaxis previa con quinolonas)	Ofloxacino 400mg/12h VO (en PBE no complicada y sin profilaxis previa con quinolonas) o Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h VO

Expansión plasmática con albúmina con dosis de 1,5 g/kg de peso en el momento del diagnóstico y 1 g/kg al día 3: previene el fracaso renal en pacientes con alto riesgo (bilirrubina > 4 mg/dL o creatinina >1 mg/dL o BUN >30 mg/dl) y disminuye la mortalidad.

Evolución

Realizar paracentesis de control a las 48 horas.

PMN < 250/mm ³	PMN más elevados que en la primera paracentesis	PMN elevados, pero menos que en la primera paracentesis
Completar tratamiento antibiótico	Buscar causa quirúrgica de sepsis abdominal	Continuar con el antibiótico 48h más y repetir la paracentesis

Se considera fracaso del tratamiento un descenso de PMN inferior al 25% del valor basal. En estos casos debe modificarse el antibiótico y descartar una peritonitis secundaria.

Profilaxis de la PBE

Cirróticos con hemorragia digestiva aguda	Pacientes con historia previa de PBE (Profilaxis secundaria)	Pacientes con proteínas bajas en líquido ascítico (Profilaxis primaria)
<p>Norfloxacino 400 mg/12h VO/sng durante 7 días</p> <p>En caso de cirrosis estadio C o con encefalopatía: Ceftriaxona 1 g/24h EV durante 7 días</p>	<p>Norfoxacino 400 mg/día</p> <p>Alternativas: Ciprofloxacino 750mg/sem o Trimetoprim-sulfametoxazol 800/160mg/día</p> <p>De manera indefinida</p>	<p>Enfermedad hepática severa con proteínas del líquido ascítico <15g/l</p> <p>Norfoxacino 400 mg/día o Trimetoprim-sulfametoxazol 800/160mg/día</p> <p>Mientras dure el ingreso hospitalario</p>