



- Cultivo polimicrobiano

Definición

Infección del líquido ascítico en ausencia de foco infeccioso intraabdominal.

Presenta prevalencia del 30 % en los pacientes con ascitis.

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.

Etiología:

Es monomicrobiana. Se presenta cultivo positivo hasta en el 67 % de los casos.

E coli 54 %

S pneumoniae 14 %

Klebsiella 8 %

Otros 21 %

Estudios Diagnósticos

Se considera que la presencia de más de 250 PMN por mm³ en el líquido ascítico (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.

Otros criterios

Bacterioascitis: Cultivo positivo con menos de 250 PMN. En estecaso se repite paracentesis No se inicia antibiotico empirico

Ascitis Neutrofila: PMN mayor 250 con cultivo negativo. En este caso se inicia atb empirico y se repite la paracentesis diagnostica a las 48 hs

Peritonitis secundaria

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 cuando presentan los siguientes criterios.

- glucosa menor a 50 mg/dl,
- proteínas mayor a 10 g/l y
- LDH superior a la plasmática,

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 o 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 β lactámicos ciprofloxacina ev es una buena alternativa.

Sin embargo, a pesar de que la curación de la PBE con los diferentes esquemas antibióticos se de 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).

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.

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

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

Primaria

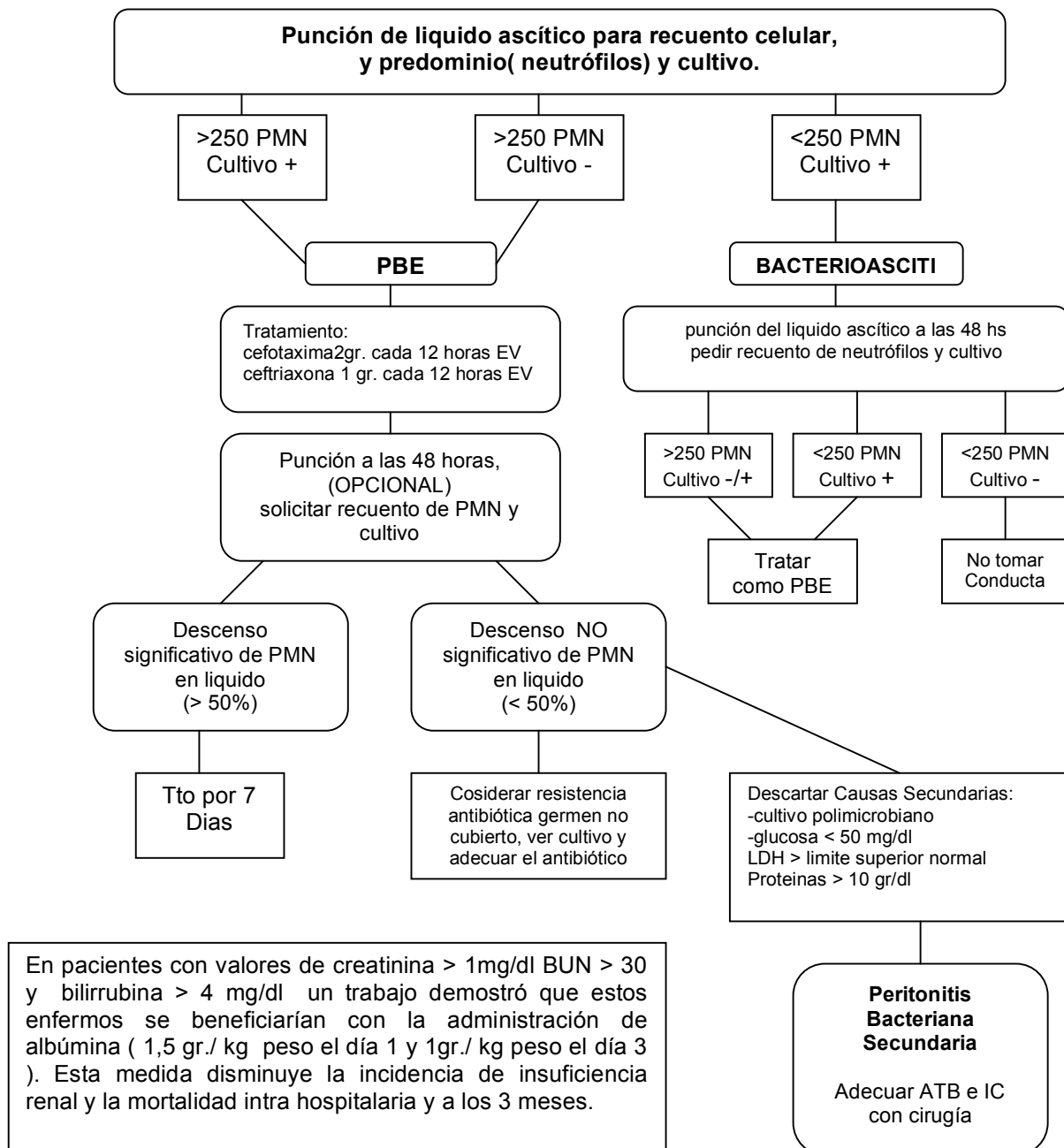


Sin embargo existen ciertos pacientes con ascitis y cirrosis, que no habiendo tenido PBE, se encuentran en un grupo de alto riesgo de desarrollarlo y por lo tanto deben recibir profilaxis primaria.

- 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 aquellos que se encuentran en lista de trasplante.





Bibliografía:

Kim, Y Ascities , hepatorenal síndrome and Spontaneous bacterial peritonitis in Portal Hipertensión

Kor Tour Gastroent 2010 sep 56: (3) 168-85

Bernardi ,M : Spontaneous Bacterial Peritonitis from pathophysiology to prevention

Int Em Med 2010 Oct: 5; sup1:537-44

EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. European Association for the Study of the Liver, Ginès P, Angeli P, Lenz K, Møller S, Moore K, Moreau R, Merkel C, Ring-Larsen H, Bernardi M, Garcia-Tsao G, Hayes P.J Hepatol. 2010 Sep;53(3):397-417