
Peritonitis Bacteriana Espontánea

AUTOR: IGNACIO MARTÍN SANTARELLI

6° Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

DEFINICIONES

La **peritonitis bacteriana espontánea (PBE)** es la infección del líquido ascítico (LA) sin causa evidente.

En la práctica, sólo se presenta en pacientes con hipertensión portal, y es la infección más frecuente en cirróticos (25%).

Bacteriascitis es el desarrollo bacteriológico en el LA, sin la reacción inflamatoria característica (recuento celular normal), y representaría una temprana de la PBE o su colonización transitoria. Debe tratarse si se acompaña de síndrome inflamatorio de respuesta sistémica, de peoría de la función renal, de encefalopatía o de otro deterioro clínico.

SOSPECHA CLÍNICA

Puede presentarse con fiebre, dolor abdominal, encefalopatía, vómitos, hipotensión, leucocitos o daño renal agudo. Muchas veces la PBE es asintomática o inespecífica.

Se recomienda realizar una paracentesis diagnóstica en todo paciente con ascitis que ingresa a la guardia, independientemente del motivo.

DIAGNÓSTICO Y ETIOLOGÍA

Paracentesis diagnóstica con técnica adecuada (*ver Machete: Paracentesis*).

Debe extraerse **el mayor volumen de líquido ascítico posible**, e ingresar muestras para: *citología, análisis físico-químico, tinción de Gram* (estos en una jeringa con heparina), y *cultivo en frasco para aerobios y anaerobios*.

Debe practicarse antes del inicio del tratamiento antibiótico, a menos que implique una demora excesiva.

Obtener hemocultivos: sensibilidad 58%.

Debido a la sensibilidad relativamente baja de los cultivos de LA (60%), es suficiente el recuento celular **>250 polimorfonucleares/mm³** para diagnosticar PBE.

Los gérmenes más frecuentes son: *E. coli, K. pneumoniae, S. pneumoniae* y otras especies de *Streptococcus*.

TRATAMIENTO

A) ANTIBIÓTICOS

Antibiótico	Dosis	Duración del tratamiento
Ceftriaxona	2 g/día intravenoso (IV)	5 días
Cefotaxima	2 g c/8 hs IV	5 días
Ciprofloxacina*	400 mg c/12 hs IV	7 días

* No deben emplearse fluoroquinolonas si se utilizaban antes de la PBE como profilaxis

B) BETA-BLOQUEANTES: Generalmente indicados como profilaxis para sangrado por vórices esofágicas (propranolol), deben suspenderse puesto que aumentan la mortalidad.

C) FUROSEMIDA: La disminución del volumen de líquido ascítico acelera la resolución de la PBE. No obstante, deben suspenderse, o demorar su inicio, si el paciente está encefalopático o si hay un daño renal agudo asociado.

D) ALBÚMINA: La administración de albúmina en la PBE disminuye el riesgo de desarrollo de síndrome hepatorenal y no está supeditada al volumen de líquido ascítico removido.

Indicaciones:

- *Bilirrubinemia total >4 mg/dL,*
- *Uremia >60 mg/dL,*
- *Creatininemia >1 mg/dL.*

En quienes no cumplen estos criterios, su empleo es opcional.

Dosificación: 2 dosis: una **dentro de las 6 horas del diagnóstico**, (1,5 g/kg), y otra **el 3º día de tratamiento** (1 g/kg).

CUÁNDO REPETIR LA PARACENTESIS

Indicada cuando, luego de 3-4 días de tratamiento, no se evidencia mejoría clínica. Algunas guías recomiendan hacerlo rutinariamente en este tiempo para constatar la normalización de la celularidad, independientemente de la evolución del cuadro.

PROFILAXIS DE PBE

Indicaciones:

- 1) *Internación por hemorragia digestiva, durante la internación y con la suspensión al alta.*
- 2) *Luego de una PBE, a largo plazo mientras persista la ascitis.*
- 3) *Proteínas en LA <1 g/L, durante la internación por otro motivo, con suspensión al alta.*

Antibióticos:

norfloxacina 400 mg/día por vía oral o **ceftriaxona 1 g/día IV**, en la indicación 1.

Bibliografía:

1. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol.* 2010;53:397-417
2. Garcia-Tsao G. Bacterial infections in cirrhosis: treatment and prophylaxis. *Journal of Hepatology* 42 (2005) S85-S92
3. Moore CM, Van Thiel DH. Cirrhotic ascites review: Pathophysiology, diagnosis and management. *World J Hepatol* 2013; 5: 251-63
4. Runyon BA; AASLD. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. *Hepatology.* 2013;57:1651-3