

Manejo de las infecciones bacterianas en la cirrosis hepática

Eduardo Moitinho
Digestivo
Hospital Comarcal d'Inca
Marzo/2007

Magnitud del problema

30-50% de los cirróticos presentan infecciones bacterianas en el momento del ingreso o la desarrollan a lo largo de su hospitalización:

- PBE (10-25%)
- Infecciones del tracto urinario (15-30%)
- Neumonías (10-15%)
- Bacteriemias (5-15%)

Peritonitis bacteriana espontánea

Infección del líquido ascítico en ausencia de foco séptico intraabdominal, generalmente por gérmenes de origen entérico

Criterio diagnóstico analítico: >250 neutrófilos/mm³ en líquido ascítico

- Bacilos gram negativos 75% (*Escherichia coli*)
- Cocos gram positivos 25% (*Streptococcus pneumoniae*)

Gérmenes causales en la PBE

Microorganismo	Porcentaje
Escherichia coli	43
Klebsiella pneumoniae	11
Streptococcus pneumoniae	9
Otros streptococcus	19
Otras enterobacterias	4
Staphylococcus	3
Pseudomonas	1
Otros	10

Factores implicados en la PBE

Factores:

- Sobrecrecimiento bacteriano:
 - Hipomotilidad
 - Hipoclorhidria
- Traslocación bacteriana: colonización de ganglios mesentéricos
- Bacteriemia
- Inmunosupresión
 - Disminución del complemento
 - Disminución de la actividad de células fagocíticas

Cuadro clínico de la PBE

Clínica:

- Sistémica: fiebre, hipotensión, hipotermia
- Local: dolor abdominal, íleo paralítico, diarrea
- Laboratorio: Leucocitosis, acidosis metabólica
- Atípica:
 - Encefalopatía hepática
 - Deterioro de la función renal
 - Descompensación de una ascitis previamente controlada o aparición de ascitis de nuevo
- Concurrencia de otra infección: empiema pleural espontáneo, infección urinaria, celulitis

Diagnóstico de la PBE

DD con la PB secundaria (perforación de víscera hueca):

- Proteínas >10 g/L
- Glucosa <50 mg/dL
- LDH en LA por encima del LSN en suero

Concentración de amilasa y bilirrubina

Radiología: Rx tórax y abdomen, serie intestinal con contraste hidrosoluble, ecografía

Si no hay aire libre o extravasación del contraste, conviene esperar evolución bajo cobertura antibiótica durante 48 horas

Manejo de la PBE

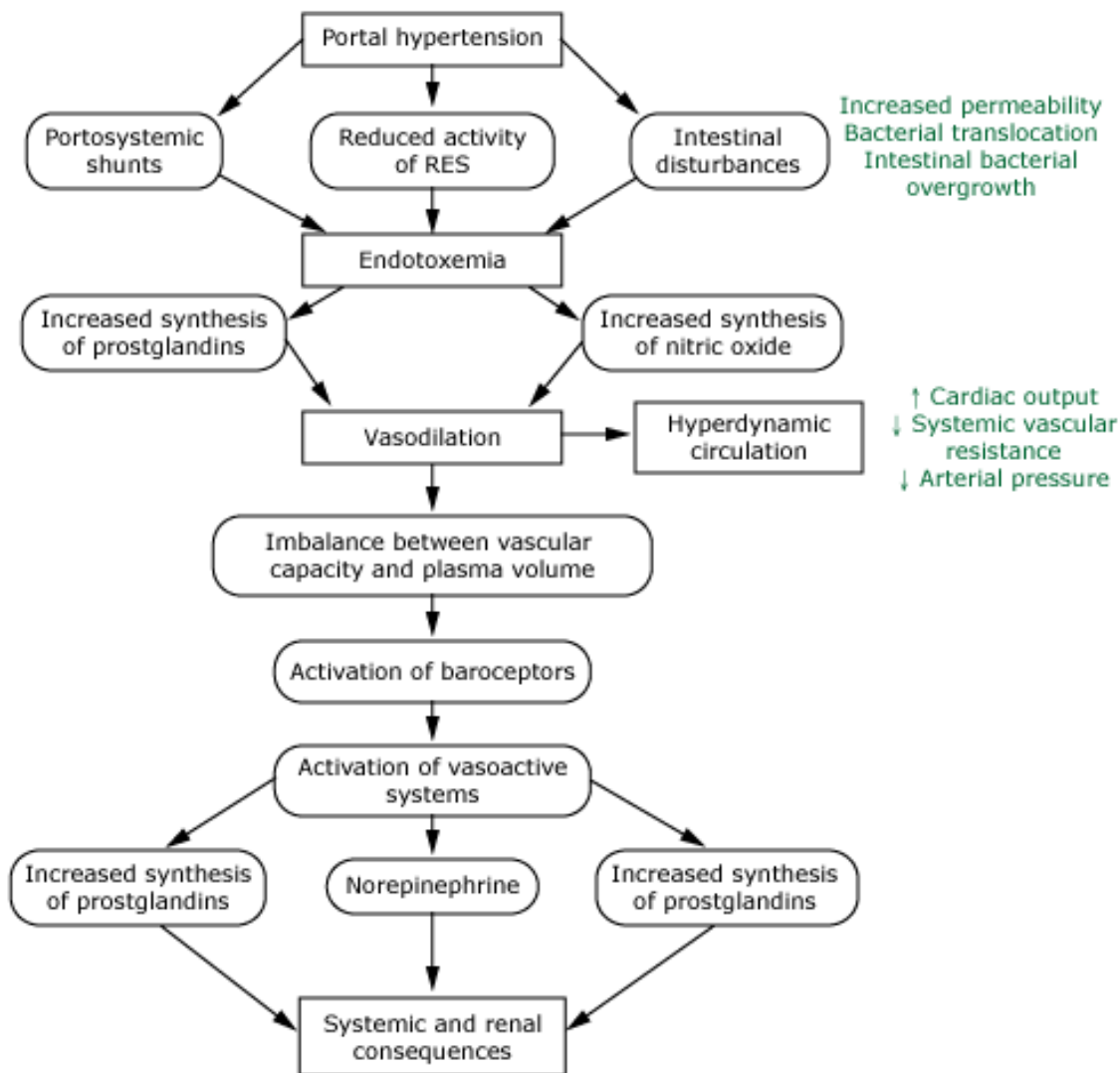
Medidas generales de soporte

Evitar fármacos potencialmente nefrotóxicos (aminoglucósidos, AINEs, diuréticos)

Tratamiento antibiótico de inicio inmediato con cefalosporinas de tercera generación:

- Ceftriaxona 2 g como dosis inicial, siguiendo con 1 g/día hasta 48 horas después de la curación confirmada por paracentesis.
- Resolución de la infección: 95%
- Mortalidad del episodio: 30%

Manejo de la PBE



Expansión plasmática en la PBE

%	Expansión con albúmina	No expansión
DFR	10	33
Mortalidad hospitalización	10	29
Mortalidad 3 meses	22	41

Expansión con albúmina en la PBE

Infusión de albúmina:

- en el momento del diagnóstico (1.5 mg/kg) y
- a las 48 horas (1 mg/kg)

Pacientes con alto riesgo de desarrollo de insuficiencia renal:

- Bilirrubina >4 mg/dL
- Creatinina >1.0 mg/dL

Antibióticos alternativos a betalactámicos

- Quinolonas
 - Ofloxacino por vía oral: utilidad limitada por la presencia de cepas de BGN resistentes
- Aztreonam 2 g/12 h + teicoplanina 400 mg/12 h

Variantes de la PBE

Ascitis neutrocítica

- Hemorragia
- TBC
- Carcinomatosis peritoneal
- PBE (2/3 resolución espontánea, 1/3 evolución a PBE)

Bacterascitis monomicrobiana:

- 2/3 resolución espontánea, 1/3 evolución a PBE

Bacterascitis polimicrobiana: paracentesis traumática

Otras infecciones

Bacteriemia espontánea
Empiema pleural espontáneo

Manejo similar a la PBE, pero
sin expansión plasmática

Bacteriemia secundaria
Infecciones urinarias
Neumonía
Celulitis
Endocarditis

Factores diferenciales:

- Insuficiencia hepatocelular
- Alcoholismo
- DIS con norfloxacino

Profilaxis secundaria de la PBE

Descontaminación intestinal selectiva (DIS)

- Recidiva de la PBE tras un primer episodio: 70% en el primer año
- Norfloxacino 400 mg cada 24 horas de manera indefinida: reduce la incidencia de recidiva al 20%
 - Incremento de la resistencia a quinolonas
 - Incremento de cocos gram+
- Alternativa: cotrimoxazol

Profilaxis primaria de la PBE

- Hemorragia digestiva
 - Factor predictivo independiente de supervivencia
 - Norfloxacino 400 mg cada 12 horas durante una semana
 - Ceftriaxona 1 g/24 horas durante una semana (pacientes con dos descompensaciones de entre ictericia, ascitis, encefalopatía hepática y malnutrición)
- Ascitis con proteínas inferiores a 10 g/L
 - Norfloxacino 400 mg cada 24 horas durante el ingreso hospitalario