

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Peritonitis bacteriana espontánea

¿QUÉ ES?

La peritonitis bacteriana espontánea es la infección del líquido ascítico (que se acumula en el abdomen de los pacientes con algunas enfermedades como la cirrosis) por una o más bacterias del líquido, sin que exista infección de órgano intraabdominal alguno. Esto la diferencia de otros procesos, como por ejemplo la infección secundaria a apendicitis, colecistitis... De ahí el nombre de espontánea o también primaria.

Los pacientes con cirrosis con ascitis tienen una mayor tendencia a que las bacterias que todos tenemos en el intestino puedan pasar a la sangre de manera espontánea (a esto se le llama translocación bacteriana) y alcanzar cualquier parte del cuerpo. En el caso de estos pacientes, el líquido ascítico es un lugar apropiado para su colonización, ya que la capacidad del mismo para eliminar esas bacterias se encuentra disminuida. Cuando se produce la reacción inflamatoria para eliminar esas bacterias es cuando podemos diagnosticar la peritonitis bacteriana espontánea.

Es una infección grave, que puede llevar al fallecimiento del paciente sobre todo cuando se asocia a una disminución del funcionamiento de los riñones. Debe ser controlada en un hospital y en algunos pacientes hace valorar la posibilidad futura de un trasplante hepático.

SÍNTOMAS

A diferencia de lo que sucede en la peritonitis producida por la infección de un órgano abdominal interno en la que aparece fiebre y el dolor es localizado, muy intenso e intolerable, la peritonitis bacteriana espontánea suele manifestarse de forma menos llamativa como dolor abdominal más bien leve-moderado, difuso, a veces acompañado de náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento y habitualmente, sin fiebre.

En otras ocasiones puede presentarse sin ningún síntoma digestivo, únicamente con síntomas que hablen de un deterioro de la función del hígado (desorientación, habla o conducta incoherentes, coloración amarillenta de piel y ojos) o del riñón (disminución del volumen urinario, aumento de la urea y creatinina en la analítica sanguínea).

Finalmente, es posible que no presente ningún síntoma y que el diagnóstico se realice de forma casual tras el análisis del líquido ascítico solicitado por otro motivo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de PBE se basa en demostrar que en el líquido ascítico existe una reacción inflamatoria. Determinar esto último es muy sencillo y rápido. Consiste en contar el número de glóbulos blancos que indican inflamación aguda –polimorfonucleares (PMN)– en el líquido ascítico. En la PBE el recuento es igual o superior a 250 PMN por mm³. Además, se deberá extraer líquido para conocer la concentración de proteínas totales, glucosa y una enzima que se llama LDH, así como, para cultivarlo para intentar saber qué bacteria es la causante de esta infección. La valoración médica de estos datos apoya aún más el diagnóstico de PBE.

Para realizar este análisis es preciso extraer una pequeña cantidad de líquido ascítico del abdomen, habitualmente 30 ó 40 cc, mediante un procedimiento que se conoce como paracentesis y que consiste en la punción con una aguja fina en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, procedimiento que realiza un médico, quizás con anestesia tópica y en condiciones de asepsia.

TRATAMIENTO

Una vez ha sido diagnosticado se le administrará el tratamiento, que tiene como objetivo: curar la infección, y por otra parte, evitar que se produzca un deterioro en la función de los riñones. Para curar la infección, como en otras infecciones producidas por bacterias, se le administrará un antibiótico por vía intravenosa, generalmente cefotaxima, que pertenece a la misma familia que la penicilina, y consigue la curación de la infección en más del 95% de los casos, debiendo mantener su administración durante un tiempo que no será superior a cinco días y siempre que la respuesta haya sido buena. En caso de presentar alergia a penicilina, se sustituirá el antibiótico por otro llamado ciprofloxacino. También es posible, en pacientes muy concretos, el tratamiento por vía oral con otro antibiótico, ofloxacino. Para saber si está respondiendo bien al tratamiento, conviene realizar una segunda paracentesis tras 48 horas del diagnóstico y que determinará, según los resultados del análisis, si es apropiado mantener el antibiótico o bien cambiarlo e incluso si es necesario realizar otras pruebas radiológicas complementarias.

La peritonitis bacteriana espontánea se asocia a una disminución en el funcionamiento de los riñones (insuficiencia renal) a pesar de la curación de la infección, que como hemos dicho antes sucede en la casi totalidad de los casos. La aparición de insuficiencia renal hace disminuir las posibilidades de sobrevivir a esta infección. Para evitarla, se puede añadir albúmina intravenosa al tratamiento antibiótico en el momento del diagnóstico y a las 48 horas después. Si a pesar de la administración de albúmina no se evita o no mejora la insuficiencia renal que pueda tener el paciente en el momento del diagnóstico, se añadirá otra medicación: terlipresina.

PREVENCIÓN

Dada la gravedad de esta infección, es posible prevenirla, principalmente durante la hemorragia digestiva alta o mientras se espera un trasplante hepático. No está indicada la prevención en todos los pacientes que no hayan sufrido una peritonitis bacteriana espontánea y tengan riesgo de desarrollarla (profilaxis primaria). Sí está recomendada la prevención de la infección cuando el paciente ya ha tenido previamente una PBE (profilaxis secundaria).

A. Monescillo Francia

Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas