

Cartas al Director

Peritonitis neumocócica espontánea en un cirrótico sin foco respiratorio

Palabras clave: Peritonitis bacteriana espontánea. Peritonitis neumocócica. Neumococo. Vacuna antineumocócica.

Key words: Spontaneous bacterial peritonitis. Pneumococcal peritonitis. Pneumococcus. Pneumococcal vaccine.

Sr. Director:

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) consiste en la infección del líquido ascítico (LA) en ausencia de un foco séptico primario intraabdominal y es una de las complicaciones infecciosas más graves del paciente cirrótico (1). En el 80% de los casos es producida por enterobacterias, sobre todo *Escherichia coli*, siendo mucho menos frecuente que la causen cocos gram-positivos, como el *Streptococcus pneumoniae* (2). La peritonitis neumocócica representa el 1-11% de todas las PBE del cirrótico y se asocia con mayor mortalidad que la producida por *E. coli* (3). Habitualmente, los microorganismos alcanzan la cavidad peritoneal desde la luz del intestino a través de los ganglios linfáticos y del torrente circulatorio esplácnico, por un mecanismo denominado "traslocación bacteriana" (2). Sin embargo, en el caso del neumococo, la patogenia está poco clara ya que, en condiciones normales, este coco no forma parte de la flora intestinal. Se ha propuesto que el neumococo podría infectar el LA vía ascendente, a través del tracto genital femenino o por diseminación hematógena, desde un foco respiratorio (1).

Presentamos el caso de un paciente con cirrosis alcohólica grado funcional B/C de Child y ascitis, que ingresó en nuestro hospital por una hemorragia digestiva alta y que desarrolló una PBE por neumococo.

Caso clínico

Varón de 40 años, fumador de 40 cigarrillos/día y bebedor de > 50 g de alcohol/día, sin hepatopatía conocida, que acude a urgencias de nuestro hospital por melenas y vómitos en "posos de café". En la exploración física destacaba el mal estado nutricional, los estigmas de hepatopatía crónica, una hepatomegalia de 2 cm, edemas bimaleolares y la presencia de ascitis grado 2-3. La analítica mostraba una anemia normocítica-normocrómica (Hb: 9 g/dL; Hct: 26,6%; VCM: 92 fL) y un aumento de las transaminasas (AST: 145 U/L; ALT: 75 U/L; GGT: 166 U/L) con valores de bilirrubina, albúmina y actividad de protrombina dentro de la normalidad. Las serologías virales y el resto de estudio etiológico de hepatopatía resultaron negativos. En la ecografía abdominal se encontraron datos de cirrosis e hipertensión portal, con ascitis moderada. Se realizó una gastroscopia urgente con los siguientes hallazgos: varices esofágicas de tamaño moderado ocupando menos de un tercio de la luz esofágica, sin signos de alarma y gastropatía hipertensiva. Dos días después de su ingreso el paciente presentó febrícula y malestar abdominal, por lo que se realizó una paracentesis diagnóstica, con el siguiente resultado: leucocitos: 3.500/mm³ (2.975 PMN); proteínas totales: 0,8 g/dl; albúmina: 0,4 g/dl; glucosa: 95 mg/dl; LDH: 150 U/l; cultivo: positivo para *Streptococcus pneumoniae*. La radiografía de tórax fue normal y los hemocultivos negativos.

Discusión

La mayoría de peritonitis por neumococo son espontáneas y aparecen en pacientes cirróticos, con independencia de la etiología de la hepatopatía y del estadio de Child. Generalmente se asocian a una infección del tracto respiratorio, y el germen accede a la cavidad peritoneal por vía hematógena (3). En ausencia de un foco respiratorio, como en el caso que nos ocupa, no se conoce bien el mecanismo por el que este microorganismo alcanza el líquido ascítico. Se ha especulado que en algunas circunstancias, como la aclorhidria o tras procedimientos endoscópicos, el neumococo podría formar parte

de la flora gastrointestinal de forma transitoria y, por "translocación bacteriana", alcanzar la cavidad peritoneal (4). En este sentido, se sabe que aproximadamente un 10% de la población sana es portadora del neumococo en la orofaringe y que existen "factores de riesgo" para ello como son, el tabaquismo, el alcohol, la cirrosis, la bronquitis crónica y las infecciones respiratorias (3). Por otro lado, se ha publicado que la incidencia de bacteriemia tras una exploración endoscópica simple es del 0-25% (5). La mayoría de estas bacteriemias están producidas por gérmenes presentes en la orofaringe y no tienen repercusión clínica, salvo si el paciente presenta alguna alteración de los mecanismos de defensa, como sucede en aquellos con cirrosis hepática. En nuestro caso, existen varios factores de riesgo para la colonización orofaríngea por esta bacteria y, una vez descartado un foco infeccioso pulmonar, es probable que la endoscopia oral haya favorecido el acceso de este germen al tracto intestinal y su posterior llegada al LA por translocación. Además, se sabe que el sangrado digestivo favorece la traslocación y aumenta el riesgo de PBE y este hecho también puede haber intervenido en el caso presente (2). De acuerdo con la literatura, no es posible descartar que la propia laceración mucosa, producida por el endoscopio, haya favorecido el paso directo de este coco gram positivo a la sangre y su posterior acceso a la cavidad peritoneal (5).

En nuestro paciente, la respuesta al tratamiento con ceftriaxona fue favorable sin embargo, considerando la elevada mortalidad de este cuadro, nuestro propósito es recomendar la vacuna antineumocócica en este grupo de pacientes, debido al riesgo aumentado de infección abdominal por *S. pneumoniae*.

Su administración debe indicarse aunque ya se haya producido un episodio infeccioso por neumococo, puesto que la infección por un serotipo no protege contra otros (6).

J. López Vicente, M. Pérez-Carreras, M. López-Cerón,
C. Arribas y J. A. Solís Herruzo

*Servicio de Medicina Aparato Digestivo. Hospital
Universitario 12 de Octubre. Madrid*

Bibliografía

1. González Hernández JM, Madrigal Domínguez RE, Díez Redondo P, Pérez-Miranda Castillo M. Peritonitis Agudas. *Medicine* 2000; 8: 377-85.
2. Duch J, Runyon BA. Spontaneous Bacterial Peritonitis. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 669-76.
3. Capdevila O, Pallarés R, Grau I, Tubau F, Linares J, Ariza J, et al. Pneumococcal peritonitis in adult patients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1742-8.
4. Dugi DD, Musher DM, Clarridge JE, Kimbrough R. Intraabdominal Infection due to *Streptococcus pneumoniae*. *Medicine* 2001; 80: 236-44.
5. Barragán Casas JM, Hernández Hernández JM, Garcinuño Jiménez MA, Gonzalo Molina MA. Bacteriemia en endoscopias digestivas. *Rev Esp Enferm Dig* 1999; 91: 105-10.
6. Recommended adult immunization schedule. USA, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 965.