

Diagnóstico diferencial entre peritonite bacteriana espontânea e secundária

Distinction between spontaneous bacterial peritonitis and secondary bacterial peritonitis: the importance of diagnosis

Ana Paula Cota Pinto Coelho¹, Beatriz Carvalho Andraus Gassani¹, Camila Issa de Azevedo¹, Daiana Ferraz Braga de Oliveira¹, Débora Millard Rocha¹, Flávia Nascimento Dutra¹, Leandro Araújo Rios¹, Raphaela Menin Franco Martins¹

RESUMO

A peritonite bacteriana é entidade nosológica grave, que deve ser tratada prontamente. A diferenciação entre as formas primária (PBE) e secundária (PBS) é fundamental para estabelecer seus princípios terapêuticos. O erro em sua abordagem acarreta taxa de mortalidade de 100% em pacientes com PBS tratados como PBE, e de 95% em pacientes com PBE tratado como PBS. Este artigo objetiva alertar para o correto diagnóstico dessas formas de peritonite.

Palavras-chave: Peritonite; Ascite; Cavidade Peritoneal; Cavidade Abdominal; Inflamação; Peritônio.

¹ Acadêmicos do 10º período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

ABSTRACT

Bacterial peritonitis is a severe condition and therefore must be treated promptly after diagnosis. The differentiation between forms of primary (spontaneous) and secondary is extremely important, since the therapy is completely different and the error in this approach involves a significant mortality rate: 100% in patients with Secondary Bacterial Peritonitis treated as Spontaneous Bacterial Peritonitis and 95% in patients with Spontaneous Bacterial Peritonitis treated as Secondary Bacterial Peritonitis. This article aims to draw the attention of health professionals for proper diagnosis of forms of this disease.

Key words: Peritonitis; Ascites; Peritoneal Cavity; Abdominal Cavity; Inflammation; Peritoneum.

INTRODUÇÃO

A peritonite bacteriana espontânea (PBE) constitui infecção de líquido ascítico (LA) previamente estéril, na ausência de foco intra-abdominal, resultado de bacteriemias espontâneas.¹ A migração bacteriana transmural não é considerada como fator importante na etiologia da PBE², que se constitui em complicação frequente e grave da cirrose hepática.^{3,4} A peritonite bacteriana secundária (PBS) consiste na infecção do LA consequente a processos intra-abdominais, como perfuração do trato gastrointestinal ou abscesso.^{5,6} A incidência da PBE em cirróticos é maior do que a PBS^{5,7}; entretanto, essa forma é mais grave, e de mais mortalidade.⁵ O diagnóstico diferencial entre essas duas entidades é importante, visto que o tratamento difere, e o erro em sua abordagem acarreta elevada taxa de óbitos.

Instituição:
Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Rua Francisco Gomes da Rocha, nº 256
Bairro Estrela Dalva
Belo Horizonte, MG – Brasil
Cep: 30.570-690.
E-mail: flaviandutra@hotmail.com

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de PBE em paciente sintomático hospitalizado com cirrose e ascite está em torno de 10% a 30%.^{3,5} Desenvolve-se mais frequentemente em paciente com hepatopatia grave e avançada.³ A incidência de PBS não é bem conhecida, entretanto, parece ser de 10% de todas as peritonites em cirróticos.^{5,7} É determinada, em geral, por único agente microbiano, principalmente bactérias Gram-negativas (BGN), sendo isolada a *E. coli* em 57,1% dos casos sintomáticos. Outros micro-organismos presentes são: *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Enterobacter cloacae*.⁸ A PBS é proporcionada por infecção polimicrobiana, incluindo anaeróbios.

DIAGNÓSTICO

A ausência de sintomatologia é observada em 10% a 30% dos casos de PBE.^{9,10} As principais queixas são de febre e dor abdominal, podendo evoluir para choque e hipotermia.⁹ Pode haver como única sintomatologia o declínio funcional hepático, manifestado por encefalopatia ou piora progressiva da função renal.¹¹

O estabelecimento do diagnóstico de PBE é feito pela análise do LA. É recomendada a realização de paracentese diagnóstica em todo cirrótico com ascite em: 1. sua admissão hospitalar; 2. que desenvolva sintomatologia local ou sistêmica sugestiva de infecção, encefalopatia hepática ou declínio da função renal, sem outra causa aparente, após a sua hospitalização; 3. com hemorragia digestiva, antes da administração profilática de antibióticos.

A presença no LA de polimorfonucleares (PMN) acima de 250/mm³, mesmo com cultura negativa, é presuntiva de infecção peritoneal bacteriana.⁹ Essa associação ocorre em 60% dos casos, sendo denominada de Ascite Neutrófila. A semeadura de 10 mL de LA em frascos de hemocultura, logo após sua

coleta, à beira do leito, aumenta a sensibilidade de isolamento bacteriano para 90%.¹¹ Na PBE espera-se encontrar o crescimento de um único tipo de micro-organismo. As culturas polimicrobianas, portanto, excluem a PBE, sugerindo outras causas de peritonite, como infecção secundária do LA.

A presença na cultura do LA de um único microrganismo com a contagem de PMN abaixo de 250/mm³ é conhecida como bacterascite, que pode caracterizar estágio precoce da PBE ou ser reversível.⁸ (Tabela 1).

O diagnóstico diferencial entre PBE e PBS requer a análise bioquímica do LA. A PBS é sugerida pela presença de: glicose abaixo de 50 mg/dL, LDH normal, proteína total acima de 1g/dL, ausência de resposta à antibioticoterapia, manutenção ou aumento dos PMN, contagem de PMN no LA acima de 10.000/mm³. A presença de dois ou mais tipos bacterianos no Gram ou na cultura do LA é diagnóstica de PBS.¹² A suspeita de PBS requer a realização de exames de imagem, como tomografia computadorizada, a fim de se investigar o foco de infecção bacteriana intra-abdominal. O diagnóstico de PBE pode ser ainda realizado por intermédio do teste em fitas reagentes no LA dos níveis de esterases leucocitárias liberadas por granulócitos, método que ainda requer validação.^{9,12-14}

TRATAMENTO

A PBE deve ser tratada com antibiótico. Recomenda-se, quando for empírico, a administração de antibiótico endovenoso, de amplo espectro e não nefrotóxico, como cefotaxima dois gramas a cada oito horas.¹⁵ Para paciente com PBE bem caracterizada, o tratamento com antibiótico endovenoso por cinco dias é tão eficaz quanto por dez dias. Visto o grande percentual de complicações renais decorrentes das substâncias vasoativas que o cirrótico produz, o co-tratamento com albumina endovenosa, 1,5 g/kg no momento do diagnóstico e 1 g/kg no terceiro dia, re-

Tabela 1 - Diagnóstico de PBE e suas variantes

Método	Diagnóstico Diferencial			
	PBE	AN	BA	PS
Cultura de LA	+	-	+	+
PMN < 250/mm ³	>	>	<	>
Infecção abdominal	-	-	-	+

*NA: ascite neutrófila; BA: bacteriascrite; PS: peritonite secundária; LA: líquido ascítico; PMN: polimorfonucleares

duz a incidência de insuficiência renal e aumenta a sobrevida¹⁶. A ausência de melhora clínica concomitante ao uso do antibiótico é indicação de se repetir a punção diagnóstica com nova análise do LA, a fim de diferenciar entre falha terapêutica e possível PBS.

A PBS associa-se, em geral, com a ruptura de algum segmento do trato gastrointestinal e a infecção é polimicrobiana. Seu tratamento deve ser mais agressivo, o que inclui correção cirúrgica e antibioterapia prolongada.¹⁶ A combinação mais comum é *Bacterioides fragilis* e *E. coli*, devendo ser incluída antibioterapia para anaeróbios.

A antibioticoprofilaxia está indicada devido à elevada possibilidade de ocorrência de PBE em paciente cirrótico que apresenta: episódio prévio de infecção do LA, hemorragia digestiva, ou baixa concentração de proteínas totais no LA em condições específicas.¹⁷

CONCLUSÃO

A PBE é complicação frequente em cirrótico com ascite importante. A PBS é muito menos comum. A taxa de morbimortalidade da PBS, entretanto, é superior à da PBE. É patente a necessidade, portanto, de diagnóstico precoce e acurado, visando o início de tratamento adequado para cada caso.

REFERÊNCIAS

- Martins HS, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Emergências clínicas: abordagem prática. 4ª ed. Barueri, SP: Manole; 2009.
- Lata J, Stiburek O, Kopacova M. Spontaneous bacterial peritonitis: a severe complication of liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2009 Nov 28; 15(44):5505-10.
- Almdal TP, Skinhoj P. Spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis. Incidence, diagnosis and prognosis. *Scand J Gastroenterol*. 1987 Apr; 22(3):295-300.
- Caly WR, Strauss E. A prospective study of bacterial infections in patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 1993 Jul; 18(3):353-8.
- Runyon BA, Hoefs JC. Ascitic fluid analysis in the differentiation of spontaneous bacterial peritonitis from gastrointestinal tract perforation into ascitic fluid. *Hepatology*. 1984 May-June; 4(3):447-50.
- Akriviadis EA, Runyon BA. Utility of an algorithm in differentiating spontaneous from secondary bacterial peritonitis. *Gastroenterology*. 1990 Jan; 98(1):127-33.
- Fernández J, Navasa M, Gómez J, Colmenero J, Vila J, Arroyo V, et al. Bacterial infections in cirrhosis: epidemiological changes with invasive procedures and norfloxacin prophylaxis. *Hepatology*. 2002 Jan; 35(1):140-8.
- Castellote J, Girbau A, Maisterra S, Charhi N, Ballester R, Xiol X. Spontaneous bacterial peritonitis and bacterascites prevalence in asymptomatic cirrhotic outpatients undergoing large-volume paracentesis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008 Feb; 23(2):256-9.
- Căruntu FA, Benea L. Spontaneous bacterial peritonitis: pathogenesis, diagnosis, treatment. *J Gastrointest Liver Dis*. 2006 Mar; 15(1):51-6.
- Figueiredo FAF, Coelho HSM, Soares JAS. Peritonite bacteriana espontânea na cirrose hepática: prevalência, fatores preditivos e prognóstico. *Rev Assoc Med Bras*. 1999; 45(2):128-36.
- Rimola A, García-Tsao G, Navasa M, Piddock LJ, Planas R, Bernard B, et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document. International Ascites Club. *J Hepatol*. 2000 Jan; 32(1):142-53.
- Mattos AA. Peritonite bacteriana espontânea diagnóstico e tratamento. *Prat Hospit*. 2005 set/out; 7(41). [Citado em 2010 set. 20]. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%201041.html>
- Castellote J, Lopez C, Gornals J, Tremosa G, Fariña ER, Baliellas C. Rapid diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis by use of reagent strips. *Hepatology*. 2003 Apr; 37: 893-6.
- Rerknimitr R, Limmathurotsakul D, Bhokaisawan N, Kongkam P, Treeprasertsuk S, Kullavanijaya P. A comparison of diagnostic efficacies among different reagent strips and automated cell count in spontaneous bacterial peritonitis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010 May; 25(5):946-50.
- Sort P, Navasa M, Arroyo V, Aldeguer X, Planas R, Ruiz-del-Arbol L, et al. Effect of intravenous albumin on renal impairment and mortality in patients with cirrhosis and spontaneous bacterial peritonitis. *N Engl J Med*. 1999 Dec; 341(23):1773-4.
- Koperna T, Schulz F. v Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems? *Arch Surg*. 1996 Feb; 131(2):180-6.
- Runyon BA, AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology*. 2009 June; 49(6):2087-107.
- Strauss E, Caly WR. Peritonite bacteriana espontânea. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003 nov/dez; 36(6): 711-7.