



## PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA POR *STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS*

**Sr. Director:** La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es la complicación infecciosa más característica de los pacientes con cirrosis hepática<sup>1</sup>, y que además tiene asociada una elevada mortalidad<sup>2</sup>. En la mayoría de los pacientes, los gérmenes aislados son bacterias gramnegativas, siendo *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* los más frecuentemente encontrados<sup>2</sup>. En un 25% de los casos se aíslan cocos grampositivos, especialmente *Streptococcus*<sup>2</sup>. El *S. constellatus* es una bacteria grampositiva que pertenece al grupo de *S. milleri* y se encuentra frecuentemente formando parte de la flora orofaríngea<sup>3</sup>. Tiene tendencia a producir abscesos en la

parte superior del cuerpo y en el tracto respiratorio<sup>3</sup>. Este germen se ha relacionado con una PBE en un paciente con cirrosis hepática por el virus de la hepatitis C (VHC) e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>4</sup>. Presentamos un caso de PBE por *S. constellatus* en un paciente con cirrosis hepática y sin infección VIH concomitante. Varón de 68 años de edad, con cirrosis hepática alcohólica en estadio funcional C de Child-Pugh y episodios previos de descompensación ascítica. Acudió a urgencias por distensión y dolor abdominales de varios días de evolución, sin fiebre ni edemas maleolares. En la exploración física eran evidentes los estigmas de hepatopatía crónica (arañas vasculares, circulación colateral abdominal), presentaba encefalopatía hepática grado I y había ascitis a tensión, por lo que se realizó paracentesis evacuadora en la que se extrajeron 12 l de líquido ascítico. El estudio del líquido ascítico mostró la presencia de 3.000 células/<sup>3</sup>l, de las que el 80% eran segmentados, y en el cultivo se aisló *Streptococcus constellatus* que era sensible a cefotaxima. En la bioquímica sanguínea destacaban bilirrubina total de 3 mg/dl (directa 1 mg/dl), albúmina 3,2 g/dl, sodio 127 mEq/l, gammaglutamil-transpeptidasa (GGT) 112 U/l, LDH 101 U/l, siendo el resto de las determinaciones (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, proteínas totales, cloro, potasio, fosfatasa alcalina, transaminasa glutámicoalacética (GOT) y transaminasa glutámico pirúvica (GPT) normales. En el hemograma se apreció discreta anemia (hemoglobina 11,8 g/dl, VCM 102,2 fl), con series blanca y plaquetaria dentro de límites normales. El estudio de coagulación fue normal. Las serologías de hepatitis B y C fueron negativas. En la ecografía abdominal se observó ascitis, alteración difusa de la ecoestructura hepática sin lesiones focales ni dilatación de vía biliar y esplenomegalia. Se instauró tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima y albúmina intravenosas, con buena evolución, que demostró la normalización de la cifra de neutrófilos en líquido ascítico y cultivos negativos, por lo que a los 7 días se suspendió el antibiótico. Fue necesaria otra paracentesis evacuadora de 8 l y ajuste de la dosis de diuréticos para evitar la reaparición de ascitis, sin que presentase deterioro de la función renal ni encefalopatía. Fue dado de alta y, tras 10 meses de seguimiento, no ha vuelto a presentar complicaciones. La ascitis y la PBE son complicaciones de la enfermedad hepática avanzada, estimándose que la probabilidad de que un paciente con cirrosis hepática y ascitis tenga una PBE en un año es del orden del 10%<sup>5</sup>. Algunos factores se han asociado con un riesgo mayor de PBE: sobrecrecimiento bacteriano intestinal, hemorragia digestiva, estadio C de Child-Pugh y concentración de proteínas en líquido ascítico por debajo de 10 g/l<sup>5</sup>. En el 70% de los casos los gérmenes aislados son gramnegativos que llegan al líquido ascítico a través de los ganglios linfáticos mesentéricos que drenan el intestino<sup>5</sup>. En el 30% restante se encuentran fundamentalmente aerobios grampositivos del tipo *Streptococcus* o *Staphylococcus*. En cambio, en los pacientes hospitalizados los patógenos más habitualmente encontrados son los grampositivos, algo que también se ha observado en aquellos que llevan profilaxis con quinolonas<sup>6</sup>. El *S. constellatus* es un microorganismo que pertenece al grupo de *S. milleri* y que suele producir infecciones de la zona orofaríngea con tendencia a formar abscesos. Se ha comunicado algún caso de PBE por *S. milleri*<sup>7</sup>, grupo al que pertenece *S. constellatus*. En la revisión que hemos realizado sólo hemos encontrado una referencia de PBE por *S. constellatus* en un paciente con infección por el VIH<sup>3</sup>, pero no hemos hallado ningún caso de PBE producido por este germen en cirróticos sin inmunodepresión asociada. La incidencia creciente de PBE por gérmenes diferentes de los aerobios gramnegativos debería llevarnos a replantear la idoneidad de la profilaxis con norfloxacin, al menos en grupos seleccionados de pacientes. Y de hecho hay estudios que demuestran que otras opciones terapéuticas como el uso de procinéticos, probióticos, fibra o simbióticos pueden ser de utilidad en la profilaxis de la PBE<sup>8</sup>.

JAVIER FUENTES OLMO<sup>a</sup>, MARÍA RUIZ MARISCAL<sup>b</sup>,  
RAFAEL URIBARRENA AMEZAGA<sup>a</sup>  
Y TERESA OMISTE SANVICENTE<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

*dius* and *Streptococcus anginosus* (the *Streptococcus milleri* group): association with different body sites and clinical infection. J Clin Microbiol. 1990;28:1497-501.

4. Bielecki JW, Gsteiger C, Briner V. Spontaneous bacterial peritonitis with *Streptococcus constellatus* in an HIV positive patient. Schweiz Med Wochenschr. 2000;130:72-6.
5. Navasa M, Rodés J. Bacterial infections in cirrosis. Liver Int. 2004;24:277-80.
6. Llovet JM, Rodríguez-Iglesias P, Moitinho E, et al. Spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis undergoing selective intestinal decontamination. J Hepatol. 1997;26:88-95.
7. Barro J, Castiella A, López P, et al. Peritonitis bacteriana espontánea en paciente cirrótico con descontaminación intestinal selectiva. Gastroenterol Hepatol. 1998;21:27-8.
8. Kurtovic J, Riordan SM. Infection and the intestinal flora in cirrhosis. En: Arroyo V, Navasa M, Forns X, Bataller R, Sánchez-Fueyo A, Rodés J, editors. Update in treatment of liver disease. Barcelona: Ars Médica; 2005. p. 57-68.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rimola A, Navasa M. Infections in liver disease. En: Bircher J, Benhamou JP, McIntyre N, Rizzetto M, Rodés J, editors. Oxford Textbook of clinical hepatology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 1861-76.
2. Such J, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. Clin Infect Dis. 1998;27:669-76.
3. Whaley RA, Fraser H, Hardie JM, Beighton D. Phenotypic differentiation of *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus interme-*