

Respuesta a «Empiema pleural espontáneo»

Response to spontaneous pleural empyema

Sr. Director:

Agradecemos a Ameneiros et al sus consideraciones sobre la confusión que acarrea el término «empiema pleural espontáneo» en la definición de la infección del hidrotórax hepático y su manejo médico. El término empiema deriva del griego *en* (dentro) y *pyon* (pus), por lo que su definición literal es la presencia de pus en una cavidad natural, por ejemplo empiema del seno maxilar, empiema de la vesícula biliar o empiema pleural. Por lo tanto, este término puede llevar a confusión cuando se usa para definir la infección espontánea del líquido pleural en pacientes cirróticos con hidrotórax. Esta infección no suele cursar con la presencia de pus en el espacio pleural y no requiere la colocación de un drenaje torácico para su tratamiento, como muy bien refieren Ameneiros et al. De hecho algunos autores han propuesto que se denomine pleuritis bacteriana espontánea¹. Sin embargo, este nombre no ha ganado la aceptación suficiente. La mayoría de estudios publicados se refieren a las infecciones del líquido pleural en pacientes cirróticos como «empiema pleural espontáneo»²⁻⁶, así como también en la última guía clínica de la sociedad europea (EASL) para el manejo de la ascitis y sus complicaciones⁷. Por dicha razón, hemos mantenido el término de empiema pleural espontáneo en nuestro artículo.

Algunos autores han recomendado el uso de albúmina para la prevención del síndrome hepatorenal en el tratamiento del empiema pleural espontáneo, aduciendo una mortalidad elevada asociada durante el tratamiento antibiótico aislado⁸. Sin embargo, esta recomendación no se basa en ningún ensayo clínico y además no existen datos de una mayor incidencia de síndrome hepatorenal en las series de casos publicadas de empiema pleural espontáneo³. De hecho, las causas principales de mortalidad descritas asociadas al empiema pleural espontáneo son el shock séptico, la hemorragia por varices esofágicas y el fallo hepático³. Por todo lo expuesto, actualmente con los datos publicados en la literatura médica no se puede recomendar la administración de albúmina en todos los pacientes con empiema pleural espontáneo. Sin embargo en aquellos casos que se

asocian a PBE (alrededor de un 50%), sí sería aconsejable la administración de albúmina intravenosa para la preventión del síndrome hepatorenal asociado a la peritonitis, tal como ha sido demostrado en la literatura científica⁹.

Bibliografía

1. Streifler J, Pitlik S, Dux S, Garty M, Rosenfeld JB. Spontaneous bacterial pleuritis in a patient with cirrhosis. *Respiration*. 1984;46:382-5.
2. Flaum MA. Spontaneous bacterial empyema in cirrhosis. *Gastroenterology*. 1976;70:416-7.
3. Xirol X, Castellvi JM, Guardiola J, Sese E, Castellote J, Perello A, et al. Spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients: a prospective study. *Hepatology*. 1996;23:719-23.
4. Malnick SD, Somin M, Zimchoni O, Stoeher ZM. Spontaneous bacterial empyema in a patient with hepatitis C virus cirrhosis and sterile ascitic fluid. *Clin Infect Dis*. 1996;23:834-5.
5. Castellote J, Lopez C, Gornals J, Domingo A, Xirol X. Use of reagent strips for the rapid diagnosis of spontaneous bacterial empyema. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39:278-81.
6. Chen TA, Lo GH, Lai KH. Risk factors for spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients with hydrothorax. *J Chin Med Assoc*. 2003;66:579-86.
7. Gines P, Angeli P, Lenz K, Moller S, Moore K, Moreau R, et al. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol*. 2010;53:397-417.
8. Allam NA. Spontaneous bacterial empyema in liver cirrhosis: an underdiagnosed pleural complication. *Saudi J Gastroenterol*. 2008;14:43-5.
9. 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;341:403-4.

Pablo Bellot García* y José Such

Unidad Hepática, Hospital General de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia. C\ Pintor Baeza 12. 03010. Alicante.

Correo electrónico: [\(P. Bellot García\).](mailto:pablobellot.garcia@gmail.com)
doi:10.1016/j.gastrohep.2010.10.008

Lesión hepatocelular recurrente por alfuzosina

Recurrent hepatocellular lesion due to alfuzosin

Sr. Director:

Alfuzosina es un derivado de quinazolina cuyo mecanismo de acción es antagonizar de forma competitiva y selectiva los receptores α_1 -adrenérgicos implicados en la contracción del tracto urinario bajo¹. Es usado exclusivamente para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna².

Este agente es metabolizado principalmente por el hígado y un 11% del compuesto es excretado de forma inalterada en la orina¹. El perfil de seguridad de alfuzosina es similar al de placebo si se tiene en cuenta la globalidad de los incidentes adversos asociados a ambos^{1,3}. Además, presenta una eficacia y seguridad similar a otros bloqueantes alfa-1 como doxazosina y tamsulosina².

La incidencia de efectos adversos es baja, siendo los más comunes cardiovasculares, especialmente en pacientes ancianos y pacientes tratados con fármacos para el aparato cardiovascular (antihipertensivos, inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina, bloqueantes de los canales del calcio y diuréticos)^{4,5}. Otros efectos reportados han