



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Infección intraabdominal: hechos clave

Javier Garau^a y José Elías García Sánchez^{b,c,*}

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^bMicrobiología, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^cServicio de Microbiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

La infección intraabdominal es un importante problema médico-quirúrgico debido a su frecuencia y a la elevada mortalidad asociada, que se cifra en torno al 0-8% en infecciones del tracto biliar y apendicitis, 20-25% si el origen es el intestino delgado y es superior en cuadros que afectan al intestino grueso (20-50%) o en infecciones tras cirugía abdominal (40-60%). Es una entidad compleja que incluye varios tipos de infecciones muy dispares, entre los que se encuentran las peritonitis, los abscesos intraabdominales y las infecciones de la vía biliar.

Las peritonitis secundarias y los abscesos intraabdominales son el prototipo de infección endógena, polimicrobiana y mixta. Ese origen determina que los agentes etiológicos sean reflejo de la flora digestiva, por lo que hay matices, en especies y en número, en relación con el lugar anatómico de la contaminación. Su etiología depende del origen comunitario o nosocomial de la infección.

En la infección comunitaria, y en el paciente individualmente considerado, se aísla una media de 3 especies anaerobias y 2 especies aerobias facultativas. Los anaerobios se encuentran presentes en al menos el 80% de las infecciones intraabdominales, siendo *Bacteroides* spp. el género aislado en dos tercios de todas ellas. Aunque *Bacteroides fragilis* es la especie más frecuentemente aislada, ésta constituye una pequeña fracción de la flora colónica normal. Esta preponderancia de *B. fragilis* se ha atribuido a la presencia de una serie de factores de virulencia, sobre todo el polisacárido capsular. *Escherichia coli*, como es bien sabido, es el aerobio facultativo acompañante en la gran mayoría de casos. El modelo animal ha demostrado la importancia del tratamiento antibiótico dirigido a ambos en la prevención y manejo de la infección intraabdominal.

En las de origen nosocomial, la etiología refleja los cambios, tanto cuantitativos como cualitativos, producidos en la flora como consecuencia de la colonización intestinal por bacterias típicamente hospitalarias con adquisición de nuevas especies o sustitución por especies o cepas más resistentes. Estas modificaciones son más evidentes si el paciente está inmunodeprimido (trasplantado, oncohematológico, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, etc.). Las peritonitis terciarias son el resultado de la mala evolución de una peritonitis secundaria (pacientes ingresados durante largos períodos, sometidos a múltiples intervenciones y a múltiples tratamientos antimicrobianos, etc.) y su etiología traduce la sobreinfección de la cavidad peritoneal con sustitución de la flora sensible por flora multirresistente. En ambos casos no sólo hay que considerar a las bacterias, sino también a hongos, como *Candida* spp.

A pesar de su diversidad, la aproximación terapéutica es similar en todas ellas y se basa en el control quirúrgico de la fuente (erradicación del foco) y en el tratamiento antibiótico. Éste será en primera instancia empírico y su adecuación incidirá dramáticamente sobre la aparición de complicaciones (síndrome compartimental abdominal, hipertensión intraabdominal, etc.) y sobre la mortalidad. Se basa en la utilización de antimicrobianos que, bien en monoterapia o asociados, deben cubrir a todos los patógenos presuntamente implicados—incluidos los multirresistentes que pueden aparecer en el transcurso evolutivo de la infección—, por lo que requiere un conocimiento exhaustivo de la flora intrínseca de cada localización anatómica y de los factores que puedan modificarla, así como de la epidemiología local de la resistencia. La posible presencia de *Candida* spp. es un hecho que se debe considerar a la hora de establecer el tratamiento antimicrobiano.

La duración del tratamiento antimicrobiano es un aspecto controvertido en el que confluyen aspectos de gran interés como eficacia clínica, impacto en la resistencia, aparición de efectos secundarios, sobreinfecciones, aspectos económicos, y que merece un análisis detallado de la evidencia en la que se basan las recomendaciones actuales.

Los carbapenems son una opción de eficacia clínica y microbiológica demostrada, tanto en los casos de origen comunitario como nosocomial, avalada por ensayos clínicos y estudios de diversos parámetros de eficacia PK/FD.

Recientemente (mayo de 2009), se ha introducido en España doripenem, un nuevo 1-β-metil carbapenem que aúna la buena actividad de meropenem frente a gramnegativos y la de imipenem frente a grampositivos, y un aumento de la actividad intrínseca en enterobacterias productoras de β-lactamasas de espectro extendido y AmpC, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., y otros no fermentadores y anaerobios. Además, como el resto de los carbapenems, posee unas adecuadas características farmacocinéticas y un perfil de seguridad favorable, destacando su estabilidad, lo que permitirá optimizar su dosificación y rentabilidad al facilitar su administración en infusión prolongada o continua.

El lector encontrará en este número monográfico una revisión y análisis de aspectos seleccionados de las peritonitis secundarias y terciarias, abscesos intraabdominales y colangitis, abarcando la etiología, fisiopatología, complicaciones y terapéutica, haciendo hincapié en aquellos aspectos más novedosos que tienen impacto directo sobre el manejo de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Javier Garau es consultor de Bayer AG, Pfizer, GSK, AstraZeneca, Astellas y Janssen-Cilag.

José Elías García Sánchez declara no tener ningún conflicto de intereses.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joegas@usal.es (J.E. García Sánchez).