

Clostridium cadaveris en peritonitis secundaria a perforación de diverticulitis sigmoidea

Mercedes Prats Valencia, Yolanda Benito García, Ramón Font Font, M^a José Oliete Mathieux, Alberto Martínez Veá, Carmen García Ruiz

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

Introducción:

La enfermedad diverticular colónica es una patología común y en muchas ocasiones silente por lo que suele estar infradiagnosticada. Aunque no es una contraindicación per se de inclusión en programa de diálisis peritoneal, en algunos estudios parece que podría representar un factor de riesgo de complicaciones sépticas en esta población, mientras que en otros no.

Por otra parte, la peritonitis es una complicación usual en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria crónica y en ocasiones es difícil distinguirla de las peritonitis secundarias a patología gastrointestinal causante, lo que ocasiona retrasos en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico apropiado. Los microorganismos aislados en los cultivos pueden orientar el diagnóstico etiológico, si bien los organismos aerobios son los responsables de la mayoría de casos de peritonitis bacterianas, las bacterias anaerobias son responsables en menos de un 5% de los casos descritos en la literatura. Del mismo modo, las peritonitis entéricas se consideran causadas por microorganismos gram positivo/negativo o hongos que colonizan el tracto gastrointestinal, excluyendo las secundarias a infección del tracto urinario o infecciones del orificio de salida del catéter peritoneal. Según las guías de práctica clínica, las peritonitis poli-microbianas que no presentan una rápida mejoría con el tratamiento antibiótico se recomienda una evaluación quirúrgica.

Presentamos un caso de un paciente, con diverticulosis colónica no conocida, en diálisis peritoneal que presentó una peritonitis secundaria a una diverticulitis sigmoidea

perforada en el que se aisló, entre otros, un *Clostridium cadaveris*, inusual anaerobio gram positivo.

Caso Clínico:

Paciente de 48 años sin antecedentes quirúrgicos previos, con insuficiencia renal crónica no filiada en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria desde hacía 2 meses. Presenta clínica de dolor abdominal con efuente turbio. Se realizó citología del líquido que confirmó peritonitis, por lo que se inició tratamiento antibiótico empírico según protocolo con daptomicina y ceftazidima intraperitoneal. Presenta inicial mejoría en las 48 h posteriores y con resultado del cultivo inicial (*Escherichia coli*) se decala antibioterapia a ceftazidima únicamente. Reacude a las 48 h con dolor abdominal intenso, fiebre y efuente turbio. A la exploración presenta abdomen en tabla, con ausencia de peristaltismo, así como incremento de parámetros infecciosos en analítica sanguínea. Se realiza Tc abdominal que muestra presencia de múltiples divertículos en sigma con diverticulitis aguda de sigma proximal con neumoperitoneo asociado.

Se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de líquido libre en cavidad peritoneal purulento y perforación a nivel de sigma. Se realizó cultivo en el que se aislaron bacilos gram negativos, bacilos gram positivos y cocos gram positivos (*Bacteroides ovatus*, *Bacteroides vulgatus*, *Lactobacillus paracasei*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium cadaveris*).