

Peritonitis monobacteriana por *Bacteroides thetaiotaomicron* en paciente en diálisis peritoneal

Nefrología 2012;32(5):694

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11568

Sr. Director:

La peritonitis es una de las principales complicaciones de la diálisis peritoneal (DP) y probablemente la causa más común de fracaso de la técnica¹. La peritonitis por bacterias entéricas es infrecuente. Su asociación con microorganismos anaeróbicos, como *Bacteroides species*, generalmente indica patología abdominal subyacente y conlleva un peor pronóstico¹⁻⁴. Describimos el caso de un hombre de 46 años con una peritonitis por *Bacteroides thetaiotaomicron* dos meses después de iniciar DP continua ambulatoria. El paciente presentaba una insuficiencia renal secundaria a enfermedad quística medular, no había sufrido episodios previos de peritonitis y no tenía alteraciones del ritmo deposicional. Su tratamiento habitual incluía amlodipino, simvastatina y darbepoetina. El paciente consultó en Urgencias por cuadro de abdominalgia, líquido de diálisis turbio y fiebre, de un día de evolución. La exploración física mostró dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal, y la inspección del orificio de salida del catéter no reveló signos de infección local. Las analíticas de sangre y orina no mostraron alteraciones y las radiografías de tórax y abdomen fueron normales. El recuento celular en el líquido de diálisis mostró 10.100 leucocitos/mm³ con 3535 neutrófilos, y se tomaron muestras para cultivo. Se instauró antibioterapia empírica, protocolizada, con vancomicina y amikacina intraperitoneal, y pudo ser dado de alta. Dos días más tarde su situación clínica empeoró y fue ingresado en el hospital. El cultivo del líquido de diálisis fue positivo para un solo patógeno, *Bacteroides thetaiotaomicron*. Se añadió metronidazol oral al tratamiento, de acuerdo con el antibiograma. Se completó la valoración con

una tomografía computarizada (TC) abdominal, que no identificó ninguna patología abdominal. El paciente mejoró progresivamente y después de 5 días de antibioterapia el cultivo del líquido de diálisis se negativizó. El paciente pudo mantenerse en DP durante toda su evolución y no fue necesario transferirlo a hemodiálisis.

La peritonitis en pacientes en DP está causada, generalmente, por microorganismos Gram positivos. Las bacterias entéricas, especialmente los patógenos anaeróbicos, son menos frecuentes y suelen asociarse a patología intraabdominal, como diverticulitis, colecistitis, isquemia intestinal, apendicitis o cáncer de colon¹⁻⁴. En estos casos, la TC puede mostrar la patología subyacente, mientras que algunos pacientes precisan una laparotomía exploradora¹⁻³. El sobrecrecimiento bacteriano secundario a los tratamientos supresores de la secreción ácida gástrica se ha postulado como factor de riesgo para la peritonitis entérica, aunque de manera controvertida^{4,5}. En nuestro paciente, los cultivos fueron positivos sólo para *Bacteroides thetaiotaomicron*, un bacilo anaerobio, Gram positivo, no esporulado, constituyente habitual de la flora gastrointestinal. Asimismo, no estaba recibiendo ningún fármaco supresor de la secreción de ácido gástrico. En casos sin lesión visceral, la migración transmural o alteraciones en las defensas peritoneales podrían explicar el paso de bacterias a través del peritoneo²⁻⁴.

El tratamiento se basa en antibioterapia agresiva. El curso clínico es potencialmente fatal¹⁻³ y por lo general obliga a retirar el catéter de diálisis^{2,3} y a transferir al paciente a hemodiálisis.

En nuestro caso, fue posible obviar la exploración quirúrgica y mantener el paciente en DP sin retirar el catéter. La recuperación fue completa.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Li PK, Szeto CC, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo AE, Gupta A, et al. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. *Perit Dial Int* 2010;30:393-423.
2. Kern EO, Newman LN, Cacho CP, Schulak JA, Weiss MF. Abdominal catastrophe revisited: the risk and outcome of enteric peritoneal contamination. *Perit Dial Int* 2002;22:323-34.
3. Harwell CM, Newman LN, Cacho CP, Mulligan DC, Schulak JA, Friedlander MA. Abdominal catastrophe: visceral injury as a cause of peritonitis in patients treated by peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 1997;17:586-94.
4. Nessim SJ, Tomlinson G, Bargman JM, Jassal SV. Gastric acid suppression and the risk of enteric peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2008;28:246-51.
5. Caravaca F, Ruiz-Calero R, Dominguez C. Risk factors for developing peritonitis caused by micro-organisms of enteral origin in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 1998;18:41-5.

Diana Faur, Isabel García-Méndez,

Nàdia Martín-Aleman, Martí Vallès-Prats

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta.

Girona.

Correspondencia: Diana Faur

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta,

Girona.

diana_faur@yahoo.com

Pseudoaneurisma iliaco roto postrasplantectomía renal: reparación endovascular urgente

Nefrología 2012;32(5):694-6

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11567

Sr. Director:

Las complicaciones más frecuentes tras una trasplantectomía renal tardía son las hemorragias intra y posoperatorias y las infecciones de herida quirúrgica. También se han descrito lesiones de los vasos ilíacos¹.

La incidencia de pseudoaneurismas en el lecho de una trasplantectomía renal es baja, existiendo muy pocos casos publicados en la literatura^{2,7}. Su tratamiento