

Abandono de diálisis peritoneal por peritonitis: ¿han cambiado los agentes responsables? Nuestra experiencia

Nefrología 2012;32(6):xx

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11496

Sr. Director:

Las peritonitis son la principal causa de morbimortalidad, así como de fracaso de la técnica, en el paciente en diálisis peritoneal (DP). Más de una cuarta parte de los pacientes sufren una peritonitis que obliga a la interrupción de la técnica y transferencia del paciente a hemodiálisis¹.

En este sentido, realizamos un estudio retrospectivo para valorar la prevalencia y etiología de estas peritonitis en nuestro Servicio en los últimos 20 años.

Se incluyeron todos los pacientes que abandonaron la técnica de DP en dichos años, siendo la causa la peritonitis. Se establecieron dos períodos de tiempo de diez años cada uno de ellos, considerando como punto de inflexión de dichos períodos el cambio en el protocolo antibiótico, el uso de profilaxis antifúngica y los avances en relación con la conectología.

Las peritonitis representaron la tercera causa abandono de la técnica (15 %), tras el trasplante (43 %) y el éxitus (22 %).

El número de peritonitis que causaron interrupción de la técnica fue de 13 en el primer período (A) y de 14 en el segundo período (B). Y los agentes causantes de dichas peritonitis se reflejan en la tabla 1. Destaca el cambio en la etiología de las peritonitis entre los dos períodos; predomina la infección por *St. aureus* en el período B, frente a la infección fúngica y por gramnegativos en el período anterior.

Las peritonitis por gramnegativos y hongos son las principales causas infecciosas de abandono de la técnica², tal y como ocurría en el período A.

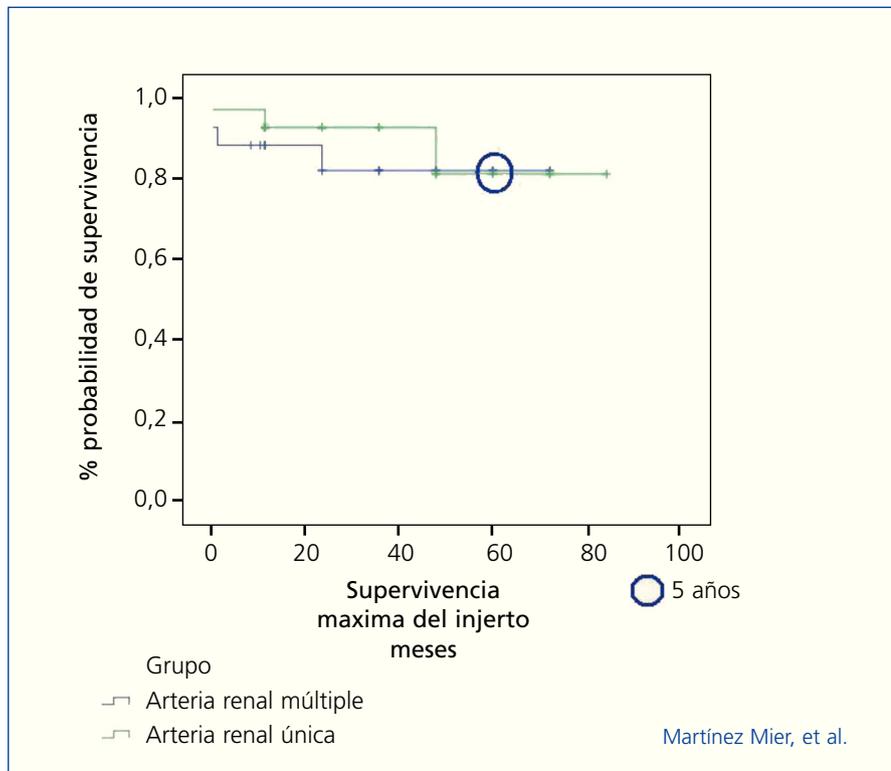


Figura 2. Supervivencia del injerto renal por número de arterias renales. $p = 0,61$. Log Rank test (Mantel-Cox).

ciben injertos con ARU, sin afectar la supervivencia del injerto y del paciente. La presencia de ARM y la técnica de cirugía de banco ya no son una contraindicación, especialmente en trasplante renal de donante vivo.

Conflictos de interés

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

1. Gabriel D. Handbook of kidney Transplantation. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 38-92.
2. Kok NF, Dols LF, Hunink MG, Alwayn IP, Tran KT, Weimar W, et al. Complex vascular anatomy in live kidney donation: Imaging and consequences for clinical outcome. *Transplantation* 2008;85:1760-5.
3. Emiro lu R, Köseo lu F, Karakayali H, Bilgin N, Haberal M. Multiple artery anastomosis in kidney transplantation. *Transplant Proc* 2000;32:617-9.
4. Mazzucchi E, Souza A, Nahas WC, Antonopoulos IM, Pivesan AC, Arap S.

Surgical complications after renal transplantation in grafts with multiple arteries. *Int Braz J Urol* 2005;31:125-30.

5. Salehipour M, Salehi H, Jalaieian H, Bahador A, Nikeghbalian S, Barzideh E, et al. Vascular complications following 1500 consecutive living and cadaveric donor transplantation: A Single center study. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2009;20: 570-2.

Gustavo Martínez-Mier,
Oswaldo López-Mendoza,
Marco T. Méndez-López,
Luis F. Budar-Fernández,
Sandro F. Ávila-Pardo,
Felipe González-Velázquez

Servicio de Trasplantes. IMSS UMAE 189 ARC, Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz. México.

Correspondencia: Gustavo Martínez Mier
Servicio de Trasplantes, IMSS UMAE 189 ARC, Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz. Alacio Pérez, 928-314. 9190. Veracruz, México.
gmtzmier@hotmail.com

Tabla 1. Etiología de las peritonitis causantes de abandono de diálisis peritoneal

	Período A	Período B
Cándida	5 (38 %)	1
Gram-	5 (38 %)	2
Pseudomona	2	1
<i>S. epidermidis</i>	1	1
<i>St. aureus</i>	-	6 (43 %)
Xantomona	-	1
Estreptococo	-	1
Pantoea aglomerans	-	1

En nuestro caso, el cambio en el protocolo antibiótico, con el uso de ciprofloxacino intraperitoneal, ha podido modificar la frecuencia relativa de los diversos gérmenes responsables de las infecciones peritoneales más agresivas, disminuyendo de forma significativa las infecciones por gramnegativos.

Las peritonitis por *St. aureus* son, en general, las infecciones peritoneales más severas causadas por grampositivos y ocurren en pacientes portadores nasales de *St. aureus*, pacientes con colonización de piel y manos y también se relaciona con la colonización e infección del orificio de salida del catéter³.

Es destacable en nuestra experiencia un aumento de la virulencia observada en el *St. aureus* responsable de las peritonitis en el segundo período, hasta convertirse en la primera causa infecciosa de abandono de la técnica. Entendemos que la adquisición de resistencia a la vancomicina es el principal factor que dificulta la resolución de dichas infecciones impidiendo la continuidad en la técnica.

Este aumento observado de la resistencia a la vancomicina obligará a replantear el protocolo antibiótico, orientado a la mejor cobertura de las infecciones por grampositivos.

Las peritonitis fúngicas suponen entre el 1 y el 15 % de los episodios de peritonitis en DP, aunque su incidencia ha disminuido de forma llamativa con el uso adecuado de medidas preventivas, como es, en nuestro caso, la administración de fluconazol siempre que al paciente le sea pautado antibiótico por cualquier causa⁴. De ahí que en el primer período representasen el 38 % de las peritonitis causantes de abandono y en el segundo tan solo el 7 %.

La epidemiología de las infecciones peritoneales está en gran medida condicionada por las políticas antibióticas de cada Servicio, modificándose con el tiempo, la frecuencia y la resistencia de los gérmenes responsables. Esto obliga a adoptar una actitud crítica periódica para cambiar los protocolos y adaptarlos a los nuevos escenarios de gérmenes emergentes y resistencias adquiridas.

Conflictos de interés

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

1. Sipahioglu MH, Aybal A, Unal A, Tozgoz B, Oyman O, Utas C. Patient and technique survival and factors affecting mortality on peritoneal dialysis in Turkey: 12 years' experience in a single center. *Perit Dial Int* 2008;28(3):238-45.
2. Muñoz de Bustillo E, Borrás F, Gómez Roldán C, Pérez Contreras FJ, Olivares L, García R, et al. Impacto de las peritonitis en la supervivencia a largo plazo de los pacientes en diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(6):723-32.
3. Szeto CC, Chow KM, Kwan BC, Law MC, Chung KY, Yu S, et al. Staphylococcus aureus peritonitis complicates peritoneal dialysis: review of 245 consecutive cases. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:245.
4. Moreiras Plaza M, Vello Román A, Samprón Rodríguez M, Feijóo Piñeiro D. Ten years without fungal peritonitis: a single's center experience. *Perit Dial Int* 2007;27:460-3.

**Raquel Blanco-García¹,
Walfred Nájera-de la Garza¹,
Mercedes Moreiras-Plaza¹,
Juan J. Bravo-López²,
Gloria Rodríguez-Goyanes¹,
Cynthia Cossio-Anibar¹, Laura Beato-Coo¹**

¹Servicio de Nefrología.
Hospital Xeral de Vigo. Pontevedra.

²Servicio de Nefrología.
Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Correspondencia: Raquel Blanco García
Servicio de Nefrología.
Hospital Xeral de Vigo. Pontevedra.
raquelblancog@hotmail.com

C) CASOS CLÍNICOS BREVES

Glomerulonefritis membranoproliferativa con depósito de IgG monoclonal en el mieloma múltiple

Nefrología 2012;32(6):xx

doi:10.3265/Nefrología.pre2012.Jul.11488

Sr. Director:

El depósito glomerular de inmunoglobulinas monoclonales puede ser secundario a diversas entidades: amiloidosis AL, enfermedad por depósito de inmunoglobulinas monoclonales tipo Randall (EDIM), crioglobulinemia tipo 1, glomerulonefritis inmunitoide/fibrilar y la más recientemente

descrita, glomerulonefritis proliferativa con depósito glomerular de IgG monoclonal (GnP IgGM), tipo no Randall¹.

Describimos un paciente con síndrome nefrótico e insuficiencia renal, cuyo estudio condujo al diagnóstico de mieloma múltiple y GnP IgGM.