

Peritonitis por *Acinetobacter calcoaceticus* en pacientes en DPCA

A. Ruiz, B. Ramos, M. Frutos y E. López de Novales
Hospital Regional de Málaga.

RESUMEN

Durante los ocho años de nuestra experiencia con 127 pacientes en DPCA, la peritonitis por *Acinetobacter* supone el 1,6 % del total. Son episodios más graves, con claro peritonismo, con fiebre, íleo y leucocitosis. Aparecen en general tras infecciones peritoneales por otros gérmenes, recidiva y conducen con frecuencia a la pérdida del catéter.

ACINETOBACTER PERITONITIS IN CAPD

SUMMARY

During an 8 year CAPD experience in 129 patients, *Acinetobacter Calcoaceticus* peritonitis appeared in 1.6 % of the cases. These episodes were more intense clinically than usual. They usually affect patients after other peritonitis and often cause catheter loss.

Introducción

La peritonitis es una de las primeras causas de fracaso de la técnica y de ingresos hospitalarios en DPCA. De los gérmenes aislados, las *Pseudomonas* entre los gram - y los *Estafilococos aureus* entre los gram +, son los organismos cuya erradicación causa más problemas.

El objeto de este estudio es mostrar nuestra experiencia con un grupo muy concreto de peritonitis, las causadas por *Acinetobacter calcoaceticus*, que originó la salida del programa de DPCA en casi todos los pacientes en que se presentó.

Material y métodos

Nuestro programa de DPCA tiene ocho años de antigüedad; durante este tiempo se han tratado 127 enfermos, con una media de 15,8 meses/enfermo y

Correspondencia: Dra. A. Ruiz.
Servicio de Nefrología.
Hospital Regional Carlos Haya.
Málaga.

Tabla I. Hospital Regional de Málaga. Programa de DPCA

Número de enfermos	127
Estancia media (meses)	15,8
Número de peritonitis	377

un total de 377 episodios de peritonitis (tabla I). De ellos seis pacientes sufrieron peritonitis por *Acinetobacter*, de los cuales cinco tuvieron que pasar a hemodiálisis. De este grupo cinco eran mujeres y la edad media era de cuarenta y ocho años (rango, veintisiete-sesenta y uno). La nefropatía de base era:

Tabla II. Peritonitis por *Acinetobacter*. Material

Pacientes	Edad	Sexo	Enf/base
L. G. M.	37	F	Diabetes
V. D. M.	27	F	N. interst.
J. A. C.	61	F	No filiada
M. C. T.	61	V	No filiada
A. L. L.	49	F	GNRP
E. G. G.	55	F	No filiada

tres sin filiar, una nefropatía intersticial, una nefropatía diabética y el último una glomerulonefritis rápidamente progresiva idiopática (tabla II).

Tabla III. Peritonitis por acinetobacter. Métodos

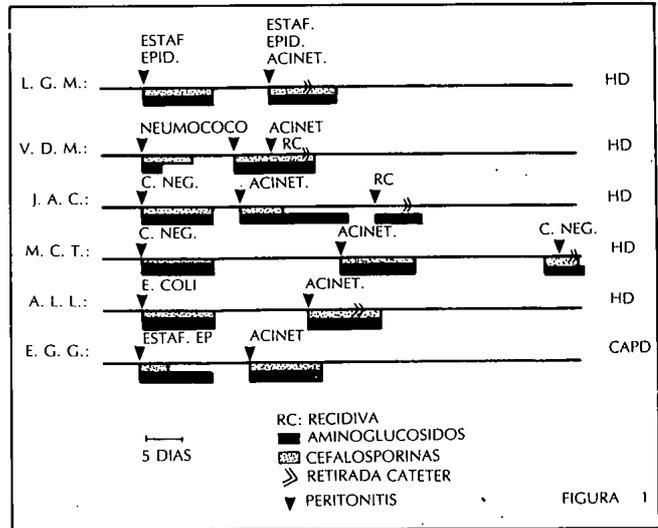
- Cultivo de 10 c.c. en placas.
- Cultivo de 10 c.c. en thioglicolato.

Los gérmenes se cultivaron en los medios habituales (placas y thioglicolato) (tabla III). El tratamiento inicial fue el habitual en la unidad, con 21 g. de cefalotina y 740 mg. de tobramicina por vía intraperitoneal y a lo largo de diez días. Al recibir el antibiograma se modificaba el tratamiento según la sensibilidad.

Resultados

Llamo la atención, como se muestra en la figura 1, que todos los episodios de peritonitis por acinetobacter fueron precedidos con un lapso de dieciséis a treinta días por peritonitis por otros gérmenes, que se trataron con el protocolo reseñado. El tiempo medio entre la última dosis de antibióticos y la aparición de la peritonitis por acinetobacter fue de diez días (rango, seis-veinte).

En cuatro casos el catéter se tuvo que retirar por reactivación de la infección durante el tratamiento o por recidiva. En el quinto se retiró el catéter, al aclararse el líquido, por episodios muy frecuentes de infección. En el último el episodio cedió sin dificultad y el paciente sigue en DPCA tres meses después sin problemas.



Discusión

Entre los gérmenes menos frecuentes que producen peritonitis en DPCA están los hongos, bacteroides y algunos bacilos, como el acinetobacter.

El acinetobacter es un bacilo gram -, aerobio estricto, que se encuentra habitualmente en la piel, sobre todo cerca de los orificios naturales. Usualmente es poco infectante, contamina heridas y cuerpos extraños, por tanto, la vía de entrada a la cavidad peritoneal es el orificio del catéter. Como otros gérmenes, infecta más fácilmente a pacientes inmunodeprimidos y muy instrumentalizados y es muy característica su presencia después de tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro.

Las seis observaciones aquí referidas reúnen las tres circunstancias enunciadas: la inmunosupresión

Tabla IV. Peritonitis por acinetobacter. Clínica

	Ingreso	Dolor	Células	Fiebre	Vómitos	Leucocitosis
L. G. M.	Sí	Sí	800	38	Sí	No
V. D. M.	Sí	Sí	2.100	38	Sí	Sí
J. A. C.	Sí	Sí	400	38	Sí	Sí
M. C. T.	No	No	300	36	No	No
A. L. L.	Sí	Sí	2.800	37	Sí	Sí
E. G. G.	No	Sí	1.800	37	No	No

Tabla V. Peritonitis por acinetobacter. Tratamiento

	Germen	Recidiva	Antibióticos	Evolución
L. G. M.	Acinetobacter + estf. epidérm.	?	Cefotaxima + tobramicina	HD
V. D. M.	Acinetobacter	Sí	Cefalotina + amikacina	HD
J. A. C.	Acinetobacter	Sí	Cefalotina + tobramicina	HD
M. C. T.	Acinetobacter	Sí	Cefalotina + tobramicina	HD
A. L. L.	Acinetobacter	Sí	Cefotaxima + netilmicina	HD
E. G. G.	Acinetobacter	No	Cefalotina + amikacina	DPCA