

Infeción por *mycoplasma hominis* en un receptor de trasplante renal

A. Montes, M. D. del Pino, J. M. Osorio y C. Asensio *

CC. SS. Virgen de las Nieves. Granada.

Señor director:

La infección por *mycoplasma hominis* ha sido descrita en receptores de trasplantes cardíacos y pulmón-corazón¹⁻², en mujeres embarazadas³ y en receptores de trasplante renal, en los que revisando la literatura hemos encontrado varios casos causados por dicho germen, tales como una peritonitis aguda⁴, una artritis séptica⁵ y un caso de septicemia⁶; asimismo éste ha sido aislado en el tracto urinario de varones y mujeres asintomáticas⁷⁻⁸.

Describimos el caso de un receptor de trasplante renal de cadáver, varón de treinta y tres años, con antecedentes personales de hipospadias balánico, hipoplasia renal izquierda y pielonefritis crónica derecha por reflujo, del que fue intervenido en 1980, entrando en programa de hemodiálisis periódica en junio de 1987. En enero de 1988 recibe un trasplante renal de cadáver e inicia diuresis en el mismo acto operatorio, consiguiendo en días posteriores normalizar sus cifras de urea y creatinina séricas. El tratamiento inmunosupresor recibido fue ciclosporina A a dosis de 8 mg/kg/día, prednisona 0,15 mg/kg/día y sueros antilinfocitarios (ALG) 10 mg/kg a días alternos hasta un total de seis dosis bajo control de la población linfocitaria CD3.

Al cuarto día postrasplante inicia un cuadro febril de hasta 39°C, sin otra sintomatología acompañante y sin deterioro de la función renal. Se toman hemocultivos, urocultivo y se inicia tratamiento antibiótico con tobramicina, sin conseguir respuesta clínica. Se realiza ecografía de la zona del injerto, que pone de manifiesto la existencia de una colección líquida subcutánea y otra perirrenal. Ambas colecciones se evacúan: la primera de ellas, por incisión quirúrgica, y la segunda, por aspiración, obteniendo unos 70 cc de líquido serohemático, que remitimos para cultivo; días después se aísla en la muestra *mycoplasma hominis*, al igual que en la orina del paciente. Los hemocultivos fueron negativos y la serología fue positiva (1/128).

Por todo ello se podría pensar que quizá el germen estuviera en la orina de una manera saprófita, dada la serología negativa previa al trasplante, y que al implantar el uréter en vejiga contaminásemos el campo quirúrgico, haciéndose la infección sintomática con la inmunosupresión⁹. Asimismo, y como se ha descrito la posibilidad de transmisión sexual^{7,8,10} de dicho germen, hemos investigado a la esposa del paciente, haciéndole tomas de vagina y cervix para cultivo de *mycoplasma hominis*, siendo ambas negativas.

Practicamos un estudio de sensibilidad que puso de manifiesto la resistencia del germen a eritromicina y sensibilidad a doxiciclina, con la que comenzamos tratamiento i.v. (100 mg/12 horas), junto a curas locales de la herida con povidona yodada; la fiebre desapareció a las setenta y dos horas, mejorando su estado general y negativizándose todas las sucesivas muestras cultivadas. Tras siete días de tratamiento i.v. pasamos a la vía oral durante un mes y mantuvimos una dosis única nocturna durante otros treinta días.

En el momento actual el paciente está asintomático, siendo su función renal completamente normal.

El riñón donante compañero fue trasplantado a otro paciente que no dio muestras clínicas ni bacteriológicas de infección por *mycoplasma hominis*.

Por tanto, ante un cuadro febril postrasplante renal inmediato que no cede a antibióticos habituales se debería considerar la posibilidad de infección por *mycoplasma hominis*, pudiendo ser de evolución benigna tras un tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Steffenson DO, Stephern J, Granick MS, Paculle AW, Griffith BP y Cassell GH: Sternotomy infections *Mycoplasma hominis*. *Annals of Internal Medicine* 106:204-208, 1987.
2. Birch DC, D'Apice AJF y Fairley KF: *Ureaplasma urealyticum* in the upper urinary tracts of renal allograft recipients. *The Journal of Infection Disease* 144:123-127, 1981.
3. Phillips LE, Faco S, Pokorny SF, Whiteman PA, Goodrich KH y Turner M: Postcesarean wound infection by *Mycoplasma hominis* in a patient with persistent postpartum fever. *Diag Microbiology Infection Disease* 7:193-197, 1987.
4. Mokhbay KE, Peterson PK, Sabath LD y Robertson JA: Perito-

Correspondencia: Dr. A. Montes Puente.
Servicio de Nefrología.
C. S. Virgen de las Nieves.
18014 Granada.

A. MONTES y cols.

- nititis due to *Mycoplasma hominis* in a renal transplant recipient. *The Journal of Infection Disease* 146:713, 1982.
5. Burdge D, Reid GD, Reeve CE, Robertson JA, Stemke GW y Bowie W: Septic arthritis due to dual infection with *Mycoplasma hominis* and *ureaplasma urealyticum*. *The Journal of Rheumatology* 15:2,366-368, 1988.
 6. Spencer RC y Brown CB: Septicaemia in a renal transplant patient due to *Mycoplasma hominis*. *Journal of Infection* 6:267-268, 1983.
 7. Taylor D y McCormack WM: The genital Mycoplasmas. *N England J Med* 302:1003-1006, 1980.
 8. Taylor D y McCormack WM: The genital Mycoplasmas. *N England J Med* 302:1063-1067, 1980.
 9. Tsunekawa H, Tacagi E y Kishimoto H: Depressed cellulas immunity in *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia. *Eur Journal Respiratory Disease* 70:293-299, 1987.
 10. Baun ST: Infecciones por *Mycoplasma*. En Wyngaarden JB y Smith LH (eds), *Tratado de Medicina Interna de Cecil*. Ed. Interamericana (17 ed.), pp. 1679-1680, 1986.