



**Figura 1.** TAC abdominal con contraste: la flecha indica engrosamiento peritoneal. La cruz señala líquido ascítico. La estrella indica aumento de la vascularización del mesenterio.

El abordaje terapéutico propuesto por el grupo japonés de PE sería: transferencia a hemodiálisis, reposo intestinal con nutrición parenteral, esteroides y cirugía. Tratamiento coadyuvante como el tamoxifeno se ha empleado con resultados alentadores en algunos casos de PE.

En esta forma de presentación de la PE fulminante, el diagnóstico es con frecuencia difícil y de sospecha, por este motivo el tratamiento inmunosupresor con frecuencia se retrasa<sup>1,2</sup>. En los casos en los que se ha administrado una inmunosupresión precoz, se ha descrito una evolución más favorable del paciente<sup>3</sup>.

Con la comunicación de este caso queremos destacar la existencia de este cuadro inflamatorio agudo posterior o en la fase de resolución de una peritonitis severa que hay que sospechar si se descarta absceso; y como, la administración temprana de corticoides, mejoró claramente la evolución del cuadro y la administración de tamoxifeno resultó eficaz como coadyuvante.

1. Rajani R, Smyth J, Koffman CG, Abbs I, Goldsmith DJ. Differential effect of sirolimus vs prednisolona in the treatment of sclerosing encapsulating peritonitis. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 2278-2280.
2. Evrenaya TR, Atasoyu EM, Unver S, Basekim C, Baloglu H, Tulbek MY. Corticosteroid and tamoxifen therapy in sclerosing encapsulating peritonitis in a patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19: 2423-2424.
3. Aisling E y cols. Fulminant sclerosing peritonitis immediately following acute bacterial peritonitis. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 532-534.

C. Lentisco Ramírez, P. Gallar Ruiz, M. Ortiz Libroero y O. Ortega Marcos Hospital Severo Ochoa.

**Correspondencia:** Carolina Lentisco Ramírez. carolinalentisco@ozu.es. Hospital Severo Ochoa. Avda. Orellana, s/n. 28911 Leganés. Madrid. España.

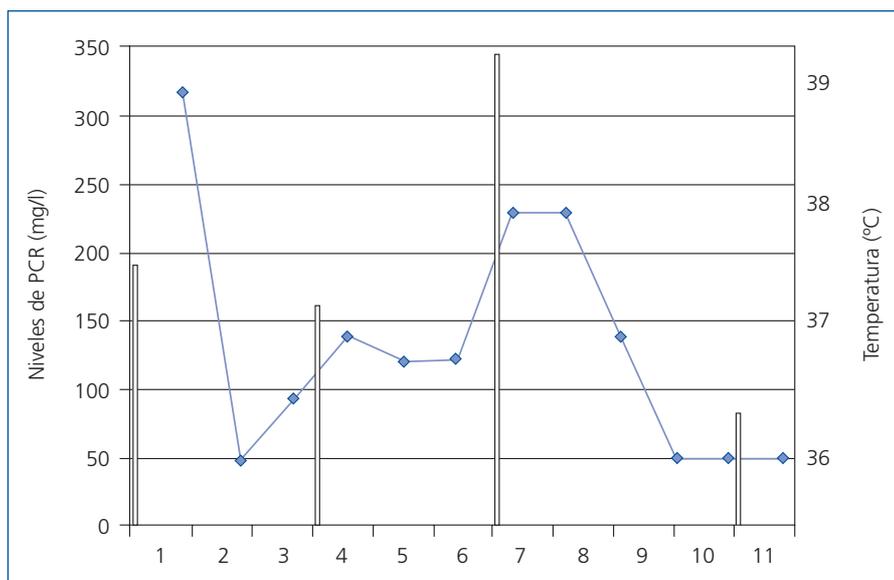
## Sepsis por hafia alvei en una paciente con trasplante renal

*Nefrología* 2008; 28 (4) 470-471

**Sr. Director:** La inmunosupresión asociada al trasplante conlleva un riesgo de padecer infecciones<sup>1</sup>.

Mujer de 69 años con antecedentes de IRC secundaria a enfermedad poli- quística hepatorenal del adulto, en programa de HD desde 1982. Recibió un injerto renal de cadáver en 1986. La inmunosupresión basal fue ciclosporina, azatioprina, y esteroides. Otros antecedentes relevantes eran HTA, hepatopatía crónica por virus C y alergia a quinolonas.

En 2007 la paciente acudió a Urgencias refiriendo cansancio, fiebre, tos seca y alguna molestia abdominal.



**Figura 2.** Valores de PCR y temperatura durante el episodio. En el eje de abscisas se representa la sucesión de días. En el día 1 se retira el catéter peritoneal. En el día 6 se introduce corticoterapia y tamoxifeno.

En la exploración física la paciente tenía aceptable estado general, sat O2 basal de 94%. TA de 130/ 60 mmHg y Tª mayor de 38 °C. En la auscultación cardiopulmonar únicamente destacaba crepitantes sobre todo en la base izquierda. En el abdomen se palpaban quistes de su enfermedad de base.

La analítica sanguínea al ingreso fue: Creatinina 1,5 mg/dl, leucocitos 5.090 (82% neutrófilos), plaquetas 95.000, actividad de protrombina 55%. El resto de analítica sanguínea así como el sistemático urinario eran normales.

La Rx de tórax mostraba velamiento de la base izquierda, ingresando con el diagnóstico de neumonía basal izquierda.

Tras recogida de cultivos (sangre, orina, esputo) se trató empíricamente con cefotaxima.

A las 24 horas del ingreso la paciente presentó deterioro del estado general, hipotensión arterial severa, oliguria y coagulopatía, precisando soporte hemodinámico con dopamina y coloides, perfusión de furosemida y tratamiento con vitamina K. Se realizó TAC abdomino-pélvico sin objetivar patología sobreañadida a los quistes.

Dada la gravedad se sustituyó el tratamiento antibiótico por imipenem y claritromicina. Recibidos posteriormente los resultados de hemocultivos se aisla H. alvei resistente a penicilinas y sensible a imipenem.

Con las medidas instauradas se logró la estabilidad clínica y la mejoría de la paciente.

La inmunosupresión, necesaria para evitar el rechazo de órganos trasplantados, conlleva una predisposición a padecer infecciones graves<sup>1</sup>. Rubin y cols., establecen un calendario de infecciones según el periodo del trasplante: en el primer mes son frecuentes las nosocomiales, entre el primer y sexto mes predominan las infecciones oportunistas y a partir del sexto mes pueden presentar cualquier infección comunitaria<sup>2</sup>.

Nosotros describimos una infección por H. alvei adquirida en la comunidad en una paciente trasplantada renal veinte años después del trasplante.

El género Hafnia es un bacilo gram negativo, perteneciente a la familia Enterobacteriaceae, que ocasional-

mente producen infecciones en humanos. Aunque desde 1954 se conoce su existencia, durante décadas se ha considerado que pertenecía al género Enterobacter habiendo recibido las denominaciones de «Enterobacter hafniae», «Enterobacter alvei». Recientes estudios del DNA y bioquímicos la definen como un género separado con una especie, Hafnia alvei<sup>3</sup>.

El tracto gastrointestinal de humanos y animales, sobre todo mamíferos, pero también las aves pueden ser reservorio de Hafnia<sup>3</sup>. En la literatura aparecen bien documentadas epidemias de infección por H. alvei relacionadas con la industria de aves de corral<sup>4</sup>. En nuestro caso la paciente fue reinterrogada afirmando estar en contacto continuado con aves de corral, aunque no refería constancia de enfermedad en sus animales.

La mayoría de los pacientes colonizados o infectados por H. alvei presentan enfermedades subyacentes como cáncer (sobre todo hematológicos), cirugía, trauma, enfermedad pulmonar, cirrosis, hepatitis o pancreatitis<sup>5</sup>. En el caso que mostramos, además se daban las circunstancias de IRC por poliquistosis hepatorenal, hepatopatía crónica por virus C e inmunosupresión. Es posible que la comorbilidad de esta paciente y el contacto repetido con las aves de corral pudieran haber favorecido que se desarrollase la infección.

Se conoce muy poco acerca de este microorganismo como patógeno en animales y humanos. Este germen puede causar gran variedad de infecciones sistémicas, incluyendo septicemia y neumonía.

Revisando la literatura la mitad de pacientes con bacteriemia son inmunocomprometidos con tumores, enfermedad hepática o infección por VIH<sup>3</sup>. En pacientes trasplantados sólo hemos encontrado asociación con trasplantes hepáticos<sup>6</sup> y de células STEM<sup>7</sup>. En nuestro caso es la primera vez que se describe en una trasplantada renal.

En conclusión, la inmunosupresión asociada al trasplante y las enfermedades subyacentes predisponen a infecciones poco frecuentes. Nosotros describimos por primera vez una infección por H. alvei en una trasplantada renal

cuya manifestación clínica principal fue una septicemia.

1. Garibaldi RA. Infections in organ transplant recipient. *Infect Control* 1983; 4 (6): 460-464.
2. Rubin RH, Wolfson JS, Cosimi AB, Tolkoff-Rubin NE. Infection in the renal transplant recipient. *Am J Med* 1981; 70 (2): 405-411.
3. Janda JM, Abbott SL. The genus Hafnia: from soup to nuts. *Clin Microbiol Rev* 2006; 19 (1): 12-18.
4. Real F, Fernández A, Acosta F, Acosta B, Castro P, Déniz S, Orós J. Septicemia associated with Hafnia alvei in laying hens. *Avian Dis* 1997; 41: 741-747.
5. Günthard H, Pennekamp A. Clinical significance of extraintestinal Hafnia alvei isolates from 61 patients and review of the literature. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 1040-1045.
6. Barry JW, Domínguez EA, Boken DJ, Preheim LC. Hafnia alvei infection after liver transplantation. *Clin Infect Dis* 1997; 24 (6): 1263-1264.
7. Candoni A, Trevisan R, Fili C, Tiribelli M, Fanin R. Abdominal abscess and Hafnia alvei septicemia occurring during the aplastic phase after autologous stem-cell transplantation in a patient with diffuse large B-cell lymphoma. *J Infect Chemother* 2004; 10 (5): 303-306.

M. Heras Benito, R. Sánchez Hernández, M.ª J. Fernández-Reyes Luis y S. Hernando†

Servicio de Nefrología y \*Microbiología. Hospital General de Segovia.

**Correspondencia:** Manuel Heras Benito. mheras@hgse.sacyl.es. Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia. Ctra. Ávila, s/n. 40002 Segovia. España.

## Estenosis de arteria renal segmentaria causante de hipertensión renovascular

*Nefrología* 2008; 28 (4) 471-473

**Sr. Director:** La hipertensión renovascular (HRV) es la forma de hipertensión secundaria más frecuente con una prevalencia que oscila entre el 5-15%<sup>1</sup>. Está provocada por una estenosis de la arteria renal, o de sus ramas, que provoca una hipoperfusión renal con la consiguiente activación del sistema renina-angiotensina y posterior aparición de la