

productores de renina, el síndrome de Bartter² y el síndrome de Gitelman³.

1. Goodman&Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 10.ª edición. McGraw-Hill Interamericana; 2002.
2. Kurtz I. Molecular pathogenesis of Bartter's and Gitelman's syndromes. *Kidney Int* 1998;54:1396-410.
3. Gladziwa U, Schwarz R, Gitter AH, Bijman J, Seyberth H, Beck F, et al. Chronic hypokalaemia of adults: Gitelman's syndrome is frequent but classical Bartter's syndrome is rare. *Nephrol Dial Transplant* 1995;10:1607-13.

F.J. Nicolás Sánchez, R.M. Sarrat Nuevo, T. Soler Rosell, A.M. Gort Oromí

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Santa María. Lleida.

Correspondencia:

Francisco José Nicolás Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Santa María. Lleida.
fnicolas@comll.cat

Shock séptico por *Streptococcus bovis* en paciente en hemodiálisis

Nefrología 2009;29(4):378.

Sr. Director:

En los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo, la patología cardiovascular supone la primera causa de morbimortalidad, seguida de la infecciosa¹. La hipoalbuminemia, ser portadores de catéteres y otros factores, predisponen a infecciones que además resultan más graves que en la población general².

El *Streptococcus bovis* es un estreptococo del grupo D de Lancefield, con propiedades comunes al enterococo y algunos estreptococos del grupo *Viridans*, si bien difiere de éstos en hábitat y significación clínica. Suele hallarse en el intestino del ganado vacuno, y puede contaminar a través

de las heces, aguas y alimentos de origen animal³. Como patógeno humano, da lugar a bacteriemias y endocarditis, sobre todo en pacientes ancianos y con enfermedades crónicas. Se asocia con adenomas, carcinomas colorectales y enfermedad hepática, lo cual parece estar relacionado con la habitual puerta de entrada del germen: el aparato gastrointestinal⁴.

En pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, se han descrito peritonitis estreptocócicas, pero el más frecuente es el grupo *Viridans*⁵.

Describimos el caso de un paciente de 77 años de edad, afecto de insuficiencia renal crónica terminal por probable nefrosclerosis, que había iniciado hemodiálisis periódica hacía cuatro años, con importante comorbilidad asociada: cardiopatía isquémica, aneurisma de aorta abdominal intervenido 10 años antes y anticuerpos positivos para VHC. Estaba esplenectomizado por púrpura trombocitopénica desde los 60 años. Tres meses antes del ingreso, presentó una gastroenteritis con fiebre tras ingesta de marisco (ostras) que requirió hidratación y se trató con ciprofloxacino.

Estando previamente bien y habiendo realizado dos comidas fuera de su domicilio ese día, ingresa de madrugada por presentar fiebre elevada y mal estado general. Tras la toma de hemocultivos y analítica básica, se inicia tratamiento empírico con cefotaxima y gentamicina. Se detecta pancitopenia, que no estaba presente cuatro días antes en el control mensual. Precisa sesión de hemodiálisis por hiperpotasemia, con hipotensión mantenida pese a fármacos vasoactivos, falleciendo en pocas horas.

En el hemocultivo se aisló posteriormente *Streptococcus bovis*.

Destacamos la rapidez de evolución del cuadro clínico en un paciente que mantenía buena situación clínica previa.

La serología positiva para VHC y el antecedente de gastroenteritis posiblemente fueron factores predisponentes para la aparición de la bacteriemia por estreptococo. Al no realizarse necropsia, no podemos conocer si se produjeron lesiones valvulares (endocarditis) o en la prótesis de aorta, ni si existía patología orgánica intestinal.

Ante una bacteriemia en pacientes con insuficiencia renal que presenten además enfermedad hepática o intestinal, debemos pensar en la posibilidad del *Streptococcus bovis* e iniciar precozmente tratamiento con penicilina o, en su defecto, vancomicina. La rapidez en la instauración de la antibioticoterapia específica es fundamental para evitar la aparición del shock séptico, que en nuestro caso tuvo un fatal desenlace en pocas horas.

1. Popovic J, Dimkovic N, Popovic G, Duric Z, Ilic M: Infections as the cause of death in hemodialysis patients –nine-year retrospective analysis. *Med Pregl* 2007;60(2):133-6.
2. Powe NR, Jaar B, Furth SL, Hermann J, Briggs W. Septicemia in dialysis patients: incidence, risk factors, and prognosis. *Kidney Int* 1999;55(3):1081-90.
3. Reuter G. Culture media for enterococci and group D-streptococci. *Int J Food Microbiol* 1992;17(2):101-11.
4. Montalto M, Izzi D, La Regina M, Nucera G, Manna R Gasbarrini G. Non-life threatening sepsis: report of two cases. *Am J Med Sci* 2004;327(5):275-7.
5. Shukla A, Abreu Z, Bargman JM. Streptococcal PD peritonitis –a10-year review of one centre's experience. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21(12):3545-9.

P. Galindo, A. Pérez, C. Ferreira, E. Zarco, E. Vaquero

Servicio Nefrología.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada.

Correspondencia:

Pilar Galindo

Servicio Nefrología.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada.
pglaura@telefonica.net