

niveles son elevados) y un peso molecular de 138.³ Estas propiedades favorecen su eliminación con hemodiálisis, que es el tratamiento indicado en casos graves.

1. O'Malley G. Emergency department management of the salicylate-poisoned patient. *Emerg Med Clin N Am* 2007;25:333-46.
2. Chyka PA, Erdman AR, Christianson G, Wax PM, Booze LL, Manoguerra AS, et al. Salicylate poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clin Toxicol (Phila)* 2007;45(2):95-131.
3. Wrathall G, Sinclair R, Moore A, Pogson D. Three case reports of the use of haemodiafiltration in the treatment of salicylate overdose. *Hum Exp Toxicol* 2001;20:491.
4. Locket S. Haemodialysis in the treatment of acute poisoning. *Proc Roy Soc Med* 1970;63:427-30.
5. Wood DM, Dargan PI, Jones AL. Measuring plasma salicylate concentrations in all patients with drug overdose or altered consciousness: is it necessary? *Emerg Med J* 2005;22:401-3.
6. Krause DS, Wolf BA, Shaw LM. Acute aspirin overdose: mechanisms of toxicity. *Ther Drug Monit* 1992;14(6):441-51.

N. Quintero Parra, A. Wurgaft Kirberg, Y. Orellana Araya, J. Arellano Lorca, L. Rojas Wettig, J. Pefaur Penna

Departamento de Nefrología. Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.

Correspondencia:

Yessenia Valeska Orellana Araya

Departamento de Nefrología. Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile.
yorellana20@yahoo.com

Peritonitis recidivante por *Candida* tras reinserción de catéter peritoneal

Nefrología 2009;29(2):183.

Sr. Director:

La peritonitis por *Candida* es una rara pero grave complicación en pacientes

en diálisis peritoneal, suponiendo la retirada del catéter en la mayoría de las ocasiones.

Presentamos un caso de recidiva de peritonitis por *Candida parapsilopsis* tras un tiempo prolongado de reposo peritoneal con adecuada cobertura antibiótica.

Se trata de un varón de 75 años de edad con antecedentes personales de fibrilación auricular e insuficiencia renal crónica (etiología no filiada) que inicia tratamiento renal sustitutivo en noviembre de 2003 mediante diálisis peritoneal automática.

Como complicaciones, presentó dos episodios de peritonitis: la primera, en diciembre de 2005 por *Staphylococcus epidermidis*, y la segunda en julio de 2007 por *Klebsiella pneumoniae*, resueltas con tratamiento antibiótico ajustado según protocolo. En ambos casos se realizó profilaxis antifúngica con fluconazol oral.

En diciembre de 2007 acude por malestar abdominal, objetivando líquido peritoneal turbio, por lo que se inicia protocolo antibiótico. A las 48 horas se identifican levaduras en líquido peritoneal, iniciándose tratamiento antibiótico con fluconazol y fluorocitosina. El catéter peritoneal fue retirado a las 24 horas del diagnóstico sin incidencias destacables. Se inició tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, manteniendo el tratamiento antibiótico con fluconazol durante tres semanas.

Tras ocho semanas de tratamiento y a petición del paciente, se decide implantación de un nuevo catéter de diálisis peritoneal, habiendo realizado previamente una Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal, donde no se visualizó ningún tipo de anomalía, salvo importante ateromatosis. La implantación de catéter fue realizada por un cirujano que descartó la existencia de bridas.

A los 15 días de implantación se inicia tratamiento con diálisis peritoneal sin incidencias, pero el paciente acude 10 días más tarde por presentar dolor abdominal y líquido turbio. La microbiología confirmó de nuevo la existencia de *Candida parapsilopsis* en el líquido

peritoneal, por lo que el catéter se retiró y el paciente se transfirió a Hemodiálisis de forma definitiva.

La peritonitis fúngica en diálisis peritoneal está asociada a un alto porcentaje de fracaso de la técnica.¹ La mayoría de los episodios ocurren por *Candida species*, el tratamiento óptimo aún está poco claro, pero supone el abandono de la técnica en la mayoría de los casos.² Se recomiendan agentes antifúngicos durante un período no inferior a 10 días tras la retirada del catéter. El tiempo óptimo para la reinserción de un nuevo catéter tras una peritonitis fúngica no está claramente establecido. Se recomienda un período mínimo de 2-3 semanas.³ Este tipo de medidas no fueron suficientes en nuestro caso. Quizás un período de tratamiento antifúngico mayor o un tratamiento preventivo previo a la inserción del nuevo catéter estaría indicado en estos casos.

1. Prasad N, Gupta A. Fungal peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2005;25(3):207-22.
2. Kleinpeter MA. Successful treatment of *Candida* Infections in peritoneal Dialysis patients: case reports and review of the literature. *Adv Perit Dial* 2004;20:58-61.
3. Beth Piraino, George R. Bailie, Judith Bernardini, et al. Peritoneal Dialysis-Related Infections Recommendations: Update. *Peritoneal Dialysis International* 2005;25:107-31.

C. Pérez Melón, O. Conde Rivera, E. Novoa Fernández, M. Borrajo Prol

Nefrología. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Correspondencia: Cristina Pérez Melón

Nefrología. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.
cristicpm@hotmail.com

Pneumaturia y poliquistosis renal en el adulto

Nefrología 2009;29(2):183-184.

Sr. Director:

Se presenta el caso de una mujer de 70 años diagnosticada de poliquistosis re-