

Correspondencia:

María Jesús Izquierdo Ortiz

Sección de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario de Burgos, Fuenteovejuna, 138, 09006, Burgos, Castilla y León. Tel: 605362762.

E-mail: maridetrespa@hotmail.com

E-mail: federicocolevy@yahoo.com.ar

Enviado a Revisar: 26 Abr. 2010 | Aceptado el: 5 May. 2010

¿Peritonitis por *Mycoplasma*?

Nefrología 2010;30(4):484

doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.May.10414

Sr. Director:

Exponemos el caso de una paciente con enfermedad renal crónica (ERC) sometida a diálisis peritoneal automatizada que presentó un probable episodio de peritonitis por *Mycoplasma hominis*.

Se trata de una mujer de 45 años diagnosticada de ERC secundaria a reflujo ureteral en la infancia, portadora de dos trasplantes renales fallidos y con problemas de acceso vascular. Había iniciado programa de diálisis peritoneal en 2008 y había sufrido un episodio previo de peritonitis con mala evolución y cultivo negativo, por lo que fue transferida temporalmente para hemodiálisis. Reinició nuevamente diálisis peritoneal en julio de 2009. Acudió a la unidad de diálisis peritoneal por dolor abdominal y líquido turbio. En la exploración presentaba signos de irritación peritoneal; se realizó recuento peritoneal y se obtuvieron 600 leucocitos/ μ l, con un 90% de polimorfonucleares; se enviaron cultivos de líquido peritoneal y se inició tratamiento antibiótico intraperitoneal ambulatorio con vancomicina y ceftazidima. A las 48 horas se había incrementado el dolor abdominal y el recuento de leucocitos en efluente peritoneal había aumentado a 13.000 por lo que se decidió su ingreso hospitalario. Presentaba leucocitosis y PCR elevada. Se cambió la pauta de tratamiento a amikacina intraperitoneal y tazocel intrave-

noso, además de iniciarse profilaxis para hongos. Se enviaron exudado vaginal y uretral a cultivar; la paciente refería molestias perineales. Se realizó ecografía abdominal en la que no se observó patología aguda. A partir de este momento asistimos a un lento pero progresivo descenso de células en el recuento peritoneal. Los cultivos bacteriológicos fueron negativos. Las peritonitis con cultivo negativo no deben superar el 20% y son más frecuentes en pacientes que han sido expuestos a antibióticos previamente; también se asocian con mayor tiempo de hospitalización, más retiradas de catéter y transferencia para hemodiálisis¹, como había sucedido en el episodio previo de esta paciente.

En el exudado uretral creció *M. hominis* que, en un primer momento, se consideró colonizante no patógeno. *M. hominis* puede aislarse en el tracto genital de las mujeres sexualmente activas en un 37,5 a un 75%. La peritonitis de origen ginecológico ha sido comunicada, si bien el aislamiento de *Mycoplasma* ha sido anecdótico². *Mycoplasma* son microorganismos procariotas sin pared celular que habitualmente colonizan las mucosas respiratoria y urogenital, y que pueden producir infecciones, sobre todo en inmunodeprimidos. Al carecer de pared celular la tinción de Gram siempre es negativa y el cultivo es muy laborioso, por ello el diagnóstico de las infecciones por *Mycoplasma* se basa fundamentalmente en la serología. Las tetraciclinas y las fluorquinolonas poseen excelente actividad frente a estos microorganismos³⁻⁶.

A los 21 días de tratamiento persistían los recuentos peritoneales en torno a 150-200 células con cultivo para hongos y mycobacterias negativos y tinción de Gram persistentemente negativa. Se suspendió, entonces, el tratamiento antibiótico. La evolución clínica de la paciente había sido favorable, también había desaparecido la leucocitosis y la PCR prácticamente se había normalizado. Por ello no se retiró el catéter, como había sido necesario en el caso previo; además, se trataba de una paciente con

serios problemas de acceso vascular. Continuamos realizando recuentos peritoneales que continuaban siendo patológicos, por lo que se decidió iniciar tratamiento con tetraciclinas por vía oral, para a las 72 horas de su inicio descender y mantenerse los leucocitos en líquido peritoneal por debajo de 100, completándose 10 días de tratamiento.

Nuestro diagnóstico fue de probable peritonitis por *M. hominis*.

1. Fahim M, Hawley CM, McDonald SP, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, et al. Culture negative peritonitis in peritoneal dialysis patients in Australia: predictors, treatment, and outcomes in 435 cases. *Am J Kidney Dis* 2010;55(4):690-7.[PubMed]
2. Diekman MJ, Kuijper EJ, Boeschoten W. Isolation of *Mycoplasma hominis* from peritoneal effluent of a CAPD patient. *Perit Dial Int* 1991;11(1):84-5.[PubMed]
3. Van der Bijl AE, Kamper AM, De Fijter JW, Paul LC. *Mycoplasma hominis* peritonitis after renal transplantation. *Nephron* 2000;86(4):541-2.[PubMed]
4. Camara B, Mouzin M, Ribs D, Esposito L, Guitard J, Game X, et al. Perihepatitis and perinephric abscess due to *Mycoplasma hominis* in a kidney transplant patient. *Exp Clin Transplant* 2007;5(2):708-9.[PubMed]
5. Pastual M, Audard V, Bralet MP, Rémy P, Salomon L, Tankovic J, et al. *Mycoplasma hominis* infection in renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17(3):495-6.[PubMed]
6. Rohner P, Schnyder I, Ninet B, Schrenzel J, Lew D, Ramla T, et al. Severe *Mycoplasma hominis* infection in two renal transplant patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23(3):203-4.[PubMed]

A. Sastre López, M.A. Prieto Velasco, R. Ordóñez, B. de León, G. Stefan, M. Granda

Unidad de Nefrología.
Hospital de León. León.

Correspondencia:

Aránzazu Sastre López

Unidad de Nefrología. Hospital de León.

León

aranchasastre@hotmail.com

Enviado a Revisar: 30 Abr. 2010 | Aceptado el: 5 May. 2010