

Corynebacterium, un germen no habitual en la producción de peritonitis en pacientes sometidos a DPCA

L. Hortal, J. C. Rodríguez Pérez, N. Vega y A. González *

Servicio de Nefrología y * Microbiología. Hospital Nuestra Señora del Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

Señor director:

La mayor difusión de la DPCA como técnica de depuración extrarrenal está dando lugar a la aparición de peritonitis por gérmenes no habituales, que nos pueden obligar a modificar nuestras estrategias de tratamiento. A continuación remitimos tres casos de peritonitis por *Corynebacterium*:

Caso A. Paciente de treinta y ocho años con IRC terminal secundaria a nefroangiosclerosis, que inició DPCA en abril de 1986. En septiembre presentó un cuadro de peritonitis con un recuento leucocitario en el líquido efluente de 960 mm³. Se comenzó tratando con cefalotina y tobramicina, aislándose en el líquido peritoneal un estafilococo epidermidis. Diez días después de comenzado el tratamiento no se había producido la resolución clínica del cuadro, aunque sí una ligera mejoría. Prolongando el tiempo de incubación de la primera muestra de líquido peritoneal se aislaron incontables colonias de *Corynebacterium sp.* Se suspendió el tratamiento con cefalotina, manteniendo la tobramicina, y se inició la administración de vancomicina intraperitoneal a dosis de 5 mg/kg/l. durante cinco días, obteniendo una buena evolución clínica y bacteriológica.

Caso B. Paciente de sesenta y un años, con IRC secundaria a nefropatía diabética, en DPCA desde enero de 1987, que en marzo de 1988 presentó un cuadro de peritonitis; en el recuento leucocitario del líquido peritoneal aparecieron 2.300 mm³. Se inició tratamiento con cefalotina y tobramicina, sin que se produjera mejoría clínica. A los tres días de iniciado el tratamiento llegó el resultado del cultivo del líquido efluente, donde se aisló *Corynebacterium xerosis*. Se suspendió la cefalotina, continuándose el tratamiento con tobramicina i.p., 5 mg/l., añadiéndose vancomicina i.v. 1 gramo semanal durante tres semanas, obteniéndose una buena respuesta clínica y bacteriológica.

Caso C. Paciente de sesenta y cinco años, en programa de DPCA desde marzo de 1984 por IRC se-

Tabla I. Características microbiológicas del *Corynebacterium xerosis*

Bacilo grampositivo, habitual de la faringe y piel, puede colonizar prótesis valvulares, shunt vasculares y heridas quirúrgicas. En pacientes inmunodeprimidos es frecuente la sepsis por este germen.

Características bioquímicas:

- Crece rápidamente en los medios de cultivo con colonias de color ocre o amarillentas; no produce halo en el medio de Tinsdale (DD con *Difteriaceae*).
- Inmóvil.
- No hemolítico.
- Reductor de nitratos.
- No productor de ureasa.
- Gelatina —.
- Catalasa +.
- Esculina +.
- Fermentación de azúcares:
 - Glucosa +.
 - Maltosa ±.
 - Sacarosa +.
 - Manitol —.
 - Xilosa —.

cundaria a nefropatía diabética. En marzo de 1987 presenta un cuadro de peritonitis con líquido peritoneal turbio, en el que se aislaron 219 leucocitos/mm³. Se trató con cefalotina y tobramicina. A los dos días de iniciado el tratamiento se recibió el resultado del cultivo de líquido peritoneal, identificándose *Corynebacterium xerosis*. En este momento se sustituyó la cefalotina por vancomicina i.v. 1 gramo semanal durante tres semanas, con buenos resultados clínicos y microbiológicos, sin necesidad de retirar el catéter.

En el estudio de la peritonitis, el aspecto más importante es el diagnóstico microbiológico precoz para conseguir una mejor respuesta al tratamiento antibiótico¹, por lo que es necesario contar con un buen estudio bacteriológico del líquido peritoneal efluente. Nosotros aconsejamos incrementar la sensibilidad del cultivo mediante centrifugación, filtración y/o utilización de medios de enriquecimiento. Si los cultivos no pueden realizarse de inmediato, aconsejamos mantener la bolsa a 4° C. La muestra de 20-30 ml. será aspirada con aguja y jeringa estéril tras desinfección con alcohol 70 % de la pared del punto de ob-

Correspondencia: Dr. José Carlos Rodríguez Pérez.
Servicio de Nefrología. Hospital Nuestra Señora del Pino.
35004 Las Palmas de Gran Canaria.

tención de muestras. Gérmenes no habituales, causantes de episodios de peritonitis en pacientes sometidos a DPCA, pueden presentar resistencias al tratamiento estándar (cefalotina + tobramicina), como en el caso de *Bramhanella catarrhalis*², que es resistente a las cefalosporinas, o en los casos que presentamos.

En estos tres enfermos, la respuesta a la vancomicina fue positiva, obteniéndose un buen resultado clínico y bacteriológico sin necesidad de retirar el catéter de diálisis peritoneal, como ya se había comunicado anteriormente^{3, 4}.

La característica clínica de la peritonitis producida por *Corynebacterium* es su baja repercusión sistémica y el número relativamente bajo de leucocitos aislados en el líquido peritoneal. El recuento leucocitario fue de 960 mm³ en el caso A, 2.300 mm³ en el B y de 219 mm³ en el C.

Como conclusión, podemos aportar la buena respuesta al tratamiento con vancomicina de la peritonitis producida por *Corynebacterium xerosis*, ya sea administrado por vía i.p. o i.v., sin necesidad de retirar el catéter peritoneal y sin que se hayan producido recidivas ni recurrencias.

Estos buenos resultados contrastan con los obtenidos en los casos en que el germen responsable era el *Corynebacterium jk*⁵⁻⁷ o el *Corynebacterium aquaticum*⁸, en los que no fue efectivo el tratamiento con

vancomicina, siendo necesario retirar los catéteres para la resolución del cuadro, a pesar de que el germen era sensible a la vancomicina «in vitro».

Bibliografía

1. Vas S: Microbiological aspects of peritonitis. *Perit Dial Bull* 1 S11-14, 1981.
2. Damani NN y Chin ATL: *Bramhanella catarrhalis* peritonitis in a Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis patient. *Nephron* 45:160-161, 1987.
3. Bastani B y Westervelt FB: *Corynebacterium* peritonitis: Successful treatment with intraperitoneal vancomycin. *Perit Dial Bull* 7:45-46, 1987.
4. Bennet WM, Stewart WK y Scott AC: Recurrent *Corynebacterium* CAPD peritonitis treated without catheter removal. *Perit Dial Bull* 6:43-44, 1986.
5. Riebel W, Frantz N, Adelstein D y Spagnuolo PJ: *Corynebacterium* JK: A cause of nosocomial device-related infection. *Rev Infect Dis* 8:42-49, 1986.
6. Allen KD y Green HT: Case Reports. Infection due to a Group JK *Corynebacterium*. *J Infect* 13:41-44, 1986.
7. Clemente P, Pico L, Peral F, Gómez P, Llorca M y Domínguez JM: Peritonitis por *Corynebacterium* en pacientes en DPCA. Primeras Jornadas Nacionales de DPCA, 48-49, 1985.
8. Morris AJ, Henderson GK, Bremner DA y Collins JF: Relapsing peritonitis in a patient undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis due to *Corynebacterium aquaticum*. *J Infect* 13:151-156, 1986.