

Tratamiento con fluconazol de las peritonitis fúngicas en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria

A. Miguel*, R. García-Ramón*, R. López-Menchero* y N. Uribe**
 Servicios de Nefrología* y Cirugía**. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Señor director:

La peritonitis fúngica es una complicación de relativa frecuencia en pacientes sometidos a régimen de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que oscila, según autores, entre el 4-15 % de todos los episodios de peritonitis^{1,2}, siendo una de las causas principales de exclusión del programa y paso a hemodiálisis.

En la actualidad no existe un criterio unánime en cuanto a su tratamiento, y mientras que unos autores precizan los lavados peritoneales y retirada inmediata del catéter, otros aconsejan el empleo de antifúngicos.

Se han empleado diferentes agentes antimicóticos como tratamiento de las peritonitis fúngicas, incluyendo anfotericina, 5-fluorocitosina, ketoconazol, miconazol y econazol. Con cualquiera de los fármacos mencionados, cada grupo de trabajo ha comunicado éxitos y fracasos, aunque todos citan efectos secundarios adversos o particularidades en sus farmacocinéticas que les restan posibilidades terapéuticas. La administración intraperitoneal de anfotericina suele ser dolorosa y puede aumentar el riesgo de fibrosis peritoneal; al igual que el ketoconazol, no difunde bien el líquido peritoneal tras la administración sistémica. La 5-fluorocitosina, que tras la administración oral alcanza buenos niveles peritoneales, tiene el inconveniente de un rápido desarrollo de resistencias y grave toxicidad. Los agentes imidazólicos de más reciente aparición presentan una débil penetración en el líquido peritoneal tras la administración oral.

Estimulados por comunicaciones previas^{4,5}, hemos administrado fluconazol en tres peritonitis fúngicas de nuestro programa; dos de ellas por *Candida albicans* y una por *Candida parapsilosis*. Este fármaco es un derivado triazólico soluble en agua con una absorción oral prácticamente total, excelente penetración en el líquido de diálisis y amplio espectro de actividad antifúngica⁵.

En los tres pacientes se administró vía oral a dosis de 200 mg/día, repartidos en dos tomas el primer día, continuando con 100 mg/día. En todos ellos, la duración del tratamiento se estableció empíricamente en seis semanas.

La remisión de los síntomas (dolor abdominal, náuseas y fiebre) fue prácticamente total transcurridas veinticuatro horas de la retirada del catéter. A lo largo del periodo de tratamiento, ningún paciente comunicó efectos secundarios. No objetivamos, como algunos autores⁴, elevación de las fosfatasas alcalinas.

De los tres pacientes, dos de ellos se integraron en programa de hemodiálisis y al tercero se le reimplantó un catéter a las seis semanas con éxito y sin problemas hasta la actualidad.

Concluimos refiriendo que, si bien en nuestra experiencia el uso de fluconazol no evitó la retirada del catéter, la sintomatología desapareció rápidamente y la tolerancia al fármaco fue muy buena.

Bibliografía

1. Vas SI: Microbiology aspects of chronic ambulatory peritoneal dialysis. *Kidney Int*, 23:83-92, 1983.
2. Kerr CM, Perfect JR, Craven PC, Jorgensen JH, Drutz DJ, Shelburne JD, Gallis HA y Gutman RA: Fungal peritonitis in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Ann Intern Med*, 99:334-337, 1983.
3. Levine J, Bemard DB, Idelson BA, Farnham H, Saunders C y Sugar AM: Fungal peritonitis complicating CAPD: Successful treatment with fluconazole, a new orally active antifungal agent. *Am Jour Med*, 86:825-827, 1989.
4. Ahlmen J, Edebo L, Eriksson C, Carlson L y Torgensen AK: Fluconazole therapy for fungal peritonitis in CAPD: A case report. *Peritoneal Dial Inter*, 9:79-80, 1989.
5. Richardson K, Brammer KW, Marriot MS y Troke PF: Activity of UK-49.858, a bis-triazole derivative, against experimental infection with *Candida Albicans* and *Trichophyton Mentagrophytes*. *Antimicrob Agents Chemother*, 27:832-835, 1985.