

EXERESIS DEL DACRON EXTERNO EN LAS INFECCIONES CRONICAS DEL ORIFICIO DE SALIDA DEL CATETER

A. Granado Lezcano, M. Cobanera Altuna, L. Tovar Echevarría,
J. M. Mayor Iturburuaga

Hospital de Galdalkao

INTRODUCCION

En estos últimos años de desarrollo de la D.P.C.A., en los que ha habido una gran evolución de la conectología, aportando un gran beneficio a la diálisis peritoneal, nos vemos frenados, en parte, por un problema, ¿cómo erradicar las infecciones crónicas del orificio de salida del catéter por el S. aureus?

En los años que lleva en funcionamiento nuestra unidad hemos utilizado todo tipo de curas para la infección del orificio peritoneal: betadine, agua oxigenada, suero hipertónico, mupirocina pomada, etc., y en algunos casos encontramos infecciones por S. aureus rebeldes al tratamiento antibiótico, siendo una de las causas de pérdida de catéter peritoneal.

Desde 1992 en las infecciones recidivantes del orificio de salida por S. aureus, que no se curaban después de tres ciclos de tratamiento antibiótico específico para dicho germen, decidimos hacer tratamiento quirúrgico sobre el orificio de salida.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de la infección por S aureus del orificio de salida tras la técnica de limpieza quirúrgica de éste, y pelado del dacron externo del catéter peritoneal y posterior creación de nuevo orificio de salida del catéter

PACIENTES Y METODOS

De un total de los 122 pacientes, desde el año 1988 hasta diciembre de 1993 (68 hombres y 54 mujeres) con una edad media de 57 años (rango 21-84) con un tiempo medio de permanencia en D.P.C.A. de 20 meses. Se han registrado 60 episodios de infección de orificio en 37 pacientes (30,3% del total). Del total de pacientes en programa 85 quedaron libres de infección (69,6% del total).

Los gérmenes encontrados en estas infecciones son:

EPIDERMIS	1
DIFTEROMORFO	2
ENTEROBACTER AEROGENO	1
PROTEUS MIRABILIS	1
PSEUDOMONAS	8
S. AGALACTAE	2
BACILO GRAN (-) NO FERMANTADOR	1
S.AUREUS	41

Destaca el porcentaje de infecciones por S. aureus, ya que inciden en el 68,3% del total.

De los 37 pacientes con infección de orificio, 23 han tenido un sólo episodio, correspondiendo a los 14 restantes más de un episodio con el mismo o diferente germen

Los que han tenido infección por S. aureus han sido 27 pacientes (72,9% del total).

Hasta 1992 hemos tenido 7 pérdidas de catéter por infección del túnel subcutáneo.

Es a partir de este año, cuando en nuestra Unidad, comenzamos a realizar el tratamiento quirúrgico en las infecciones crónicas por S. aureus de los orificios de salida.

La pauta que seguimos, como tratamiento, antes de realizar el acto quirúrgico es

Una vez diagnosticado el S. aureus como germen causal, y demostrado su sensibilidad mediante antibiograma, utilizamos Ciprofloxacina (vía oral) como antibiótico de elección durante 20 días. Transcurrido dicho tiempo procedemos a realizar cultivo del orificio a la semana posterior al tratamiento.

En el caso de cultivo positivo, Vancomicina 1 gr (I.V.) semanal, durante 3 semanas, asociada a Rifampicina 600 mg/24 horas por vía oral, durante 10 días. Con un nuevo control post-tratamiento.

Si persisten síntomas y cultivo positivo se añade nueva dosis del tratamiento antibiótico anti-estafilococo durante 15-20 días. Citando al paciente para un nuevo control,

Por último, una vez fallado el tratamiento antibiótico procedemos al tratamiento quirúrgico de orificio de salida.

Técnica quirúrgica

Antes de realizar el acto quirúrgico, el cual lo realizamos en nuestra unidad, administramos 1 gr de vancomicina (W). Se anestesia localmente la zona del orificio de salida del catéter. Entonces procedíamos a la disección del trayecto del catéter, hasta después del dacron externo. Se desbrida el dacron del tejido fibrótico circundante y se pelan las adherencias, dejando el catéter limpio. En todo el trayecto del catéter se realiza una limpieza del tejido infectado, haciendo un fiedrich hasta la zona de tejido sano. En esta zona sana se haría el nuevo orificio de salida.

Realizado esto, el paciente se va de alta a su domicilio, continuando con antibiótico antiestafilocócico durante 15 días y curas diarias con suero fisiológico y betadine. En nuestra Unidad se le cita cada 2 días para realizar la comprobación del estado de la herida quirúrgica. Se vuelve a realizar control semanal del orificio y posteriormente en cada visita que realiza a nuestra Unidad.

Durante todo el proceso de cicatrización, del nuevo orificio el paciente continúa realizando su pauta normal de diálisis. Se le aconseja que no dé tirones del catéter.

RESULTADOS

De los 11 pacientes con infección crónica por *S. aureus* en los que realizamos del orificio de salida del catéter (8 hombres y 3 mujeres), en 9 de éstos el catéter los implantó el nefrólogo por vía percutánea (YTEC) y los otros 2 en quirófano.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Se erradicó la infección en 10 pacientes, según controles posteriores Solo en 1 continuaba con clínica y cultivo positivo (Catéter implantado en quirófano).

En 3 casos apareció fuga entre 9-13 meses post cirugía.

En 2 pacientes se realizó cambio de catéter por peritonitis recidivante.

De todos ellos, 5 pacientes, continúan actualmente en D.P.C.A. sin problemas

CONCLUSIONES

El estafilococo Aureus es un germen muy resistente y difícil de arradicar con tratamiento antibiótico. Ha sido y es el causante de la mayoría de las infecciones del orificio y consecuente retirada del catéter por infecciones del túnel.

Pensamos que la desorificación es una buena técnica una vez agotadas las vías clásicas de tratamiento antibiótico, aunque tiene como complicación, al anular el dacron externo, se provoca una menor sujeción del catéter y consiguientemente un menor trayecto del túnel subcutáneo, un alto riesgo de fuga.