

CASO CLÍNICO

Tratamiento mantenido a largo plazo en infección crónica del orificio de salida del catéter

Luis Picó Vicent*, **Lourdes Picó Mira***, **José Miguel Cases Iborra***, **Antonio Díaz Guijarro***, **Javier Pérez Contreras****

Servicio de Nefrología - Unidad de Diálisis Peritoneal.
Hospital General Universitario de Alicante
* Diplomado en Enfermería, **Nefrólogo

INTRODUCCION

Una de las complicaciones más frecuentes derivadas de la técnica dialítica peritoneal es la infección del orificio de salida del catéter⁽¹⁻²⁾. Cerca del 20 % de las peritonitis y más del 20 % de las pérdidas del catéter peritoneal, tienen su origen en la infección de esta zona⁽²⁾.

La importancia de estas infecciones viene marcada en gran número de veces por el germen que las produce. En este sentido la mayor parte de las infecciones relacionadas con el catéter peritoneal están provocadas por el *Staphylococcus Aureus* (más del 50 %) y la *Pseudomona sp*⁽²⁾ y se acompañan, en la mayoría de las ocasiones, de infección del túnel subcutáneo, peritonitis refractaria o recidiva y finalmente retirada del catéter.

Aunque las pautas de actuación en cuanto a los cuidados, prevención y tratamiento son múltiples y variadas⁽²⁻³⁻⁴⁻⁵⁾, la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal en su informe oficial de 1998 presentó unas recomendaciones refundiendo los distintos criterios de actuación⁽³⁾.

CASO CLINICO

Varón de 31 años de edad afecto de diabetes mellitus tipo 1 y nefropatía diabética con insuficiencia renal crónica terminal, hipertensión arterial y HIV (+). Desde abril de 1999 se encuentra en tratamiento con diálisis peritoneal.

Luis Picó Vicent
Avda. Pintor Baeza s/n
03010 Alicante

SITUACIÓN ACTUAL

Tras realizar una llamada telefónica previa indicando que tenía crecimiento carnosos en el orificio desde hacía dos o tres días, el paciente acude a la Unidad de Diálisis Peritoneal y comprobamos en la exploración un granuloma brillante, eritematoso y exudativo que circuncinda el orificio y anilla el catéter (fig.1).



Fig 1. Estado inicial

El apósito se encontraba manchado de secreción amarillenta. El paciente nos refiere que el cuadro se inicia a raíz de un tirón del catéter días atrás.

Realizamos maniobras, traccionando el catéter y presionando sobre la zona sin obtener secreción del interior del seno del orificio y/o túnel subcutáneo.

CUIDADOS Y TRATAMIENTO INICIAL

Se realiza recogida de muestra de exudado del granuloma para cultivo bacteriológico, efectuando a continuación lavado de la zona con H₂O₂, cauterización del granuloma con nitrato de plata y apósito impermeable. Se prescriben curas diarias con lavado de la zona con H₂O₂, aplicación de

mupirocina pomada alrededor del orificio y apósito impermeable hasta conocer el resultado del cultivo

Tres días (fig. 2) mas tarde el cultivo evidencia una infección del orificio por *Staphylococcus Aureus* en elevado número y *Pseudomonas Aeruginosa* en bajo número.

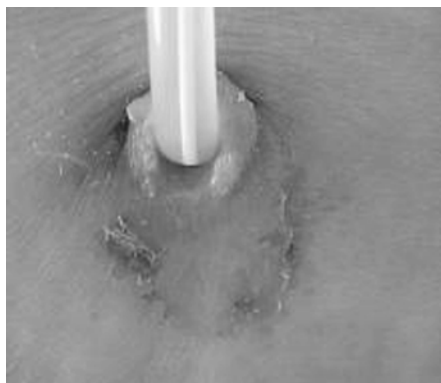


Fig 2. Evolución

CUIDADOS, TRATAMIENTO Y EVOLUCION

A partir de conocer el resultado del cultivo se practican curas diarias mediante: lavado de la zona con agua hervida y jabón antiséptico, lavado del seno con H_2O_2 , aplicación de ciprofloxacino en gotas sobre el seno y apósito impermeable (se suspende la mupirocina pomada), además se administran ciprofloxacino oral 750 mg. c/12 h. (15 días) y vancomicina intraperitoneal 2 gr. /semana (4 semanas), para cubrir los dos microorganismos aparecidos en el cultivo.

Se le indica al paciente la conveniencia de tomar baños de sol en la zona del orificio del catéter unos 20-30 minutos diarios.

Se realizan revisiones a los 9, 15 y 28 días con una evolución en la infección del orificio satisfactoria, pasando entonces a curas cada 2 días con: lavado del seno con H_2O_2 , ciprofloxacino en gotas sobre el mismo y apósito impermeable.

A los 50 días acude el paciente a revisión apreciándose costra por sangrado debido a un tirón, no presentando el orificio otro signo de anormalidad. Se suspende el ciprofloxacino gotas siguiendo con las curas cada 2 días con: lavado del seno con H_2O_2 , mupirocina pomada y apósito impermeable.

Desde entonces se ha mantenido la misma pauta de cuidados del orificio con aplicación de mupirocina pomada como profilaxis, sin haber aparecido signos de anormalidad y siendo negativos los cultivos de control realizados (fig. 3).

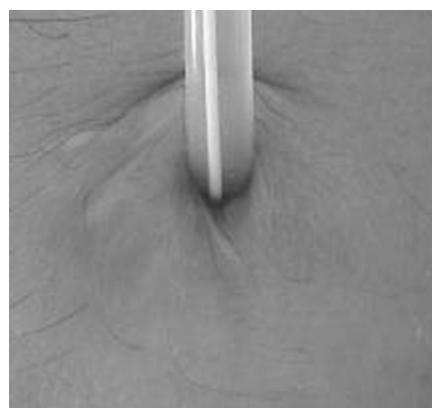


Fig 3. Resultado

COMENTARIO FINAL

Tal y como indica la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal en su informe "El objetivo primario del cuidado crónico del orificio de salida del catéter es prevenir las infecciones del mismo, no estando determinados los tratamientos crónicos óptimos para el orificio de salida del catéter" (3).

Aunque en el tema de la profilaxis antibiótica mantenida hay también controversias (5,6), nuestra experiencia en las infecciones del orificio de salida del catéter peritoneal es positiva con un tratamiento antibiótico local mantenido de forma regular, pudiendo de esta forma alargar la vida del acceso peritoneal, evitando que se produzcan infecciones recidivantes en el mismo que obliguen a la extracción del catéter.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Andreu L, Force E. Diálisis Peritoneal. Eco Renal 2000; 27: 2-18.
- 2) Montenegro J. Prevención y tratamiento la infección del orificio de salida del catéter peritoneal. Nefrología 1999; 19 (6): 502-506.
- 3) Gokal R et al. Peritoneal catheters and exit-site. Practices toward optimum peritoneal access: 1998 Update. Peritoneal Dialysis International 1998; 18 (1): 11-33.
- 4) Paris V. Orificio de salida del catéter peritoneal. Estudio multicéntrico. EDTNA Journal 1997; 23 (3): 26-29.
- 5) Gallar P y cols. El tratamiento empírico de la infección del orificio de salida del catéter en DPCA debe abarcar el espectro bactericida de Gram (+) y Gram (-). Nefrología 1997; 17 (3): 228-232.
- 6) Celadilla O, Martínez V, Castro V, Bajo MA, Selgas R. Significado, pronóstico y tratamiento del granuloma del seno del catéter peritoneal. EDTNA Journal 1995; 21 (2): 11-14.