

ENTEROCOCCUS GALLINARUM Y SÍNDROME DE CHILAITIDI EN DIÁLISIS PERITONEAL

Ferreiro Álvarez B.; Pérez Melón C.; Iglesias Lamas E.; Borrajo Prol M. P.; Camba Caride M.; Nóvoa Fernández E.; Otero González A.

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Existen pocos casos descritos de peritonitis por enterococcus gallinarum (EG).

Paciente en diálisis peritoneal (DP) de 53 años con retraso psicomotor, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en programa de hemodiálisis.

En diciembre de 2012 inicia DP. Primer episodio de peritonitis por *Staphylococcus aureus* a los 5 meses. Posteriormente 2 episodios más por *Staphylococcus epidermidis* y *Streptococcus mitis*.

En enero de 2015 nuevo episodio (2590 células/ μ L PMN 90%, MNM:10%). Se trató con ampicilina+gentamicina por probable recidiva. A las 24 horas se informa de probable EG en líquido peritoneal (LP), Se trató 3 semanas con daptomicina y gentamicina i.p y fluconazol oral con rápida respuesta.

Cuarenta días después, presenta peritonitis por el mismo germen (Contaje de leucocitos 355 células/ μ L, Polimorfonucleares 66 %, Monomorfonucleares 34 %)

Una semana después, peritonitis por *Candida parapsilosis*. Se retiró CP. Buena evolución con tratamiento e inicio hemodiálisis

Tres meses más tarde presenta náuseas, vómitos y pérdida de peso (proteína C reactiva (PCR): 9mg/dl)

En Tac abdominal: Sr de chilaiditi (SCH) no conocido y engrosamiento del mesenterio que originaba encapsulación de asas de íleon a nivel abdominal superior en localización anterior al colon transverso. Tratado con reposo digestivo, corticoides, tamoxifeno y soporte nutricional. Actualmente dieta normal y está asintomático.

El Tac de control muestra clara mejoría con disminución del engrosamiento peritoneal. La PCR disminuyó hasta 0,2mg/dl. El EG y enterococcus casseliflavus afectan a pacientes gravemente enfermos o inmunodeprimidos. Frecuentemente son resistentes a vancomicina. El uso previo de antibióticos puede aumentar la colonización.

No existen casos descritos de peritonitis por este germen en DP. En nuestro paciente el cuadro clínico no fue muy florido. La inflamación peritoneal se resolvió rápidamente.

El signo de Chilaiditi consiste en la interposición de una parte del colon entre el hígado y el diafragma, si aparece clínica se define como SCH (4). Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, vómitos y estreñimiento. Hay casos descritos de perforación, vólvulos u obstrucción intestinal. Frecuentemente se resuelve con tratamiento conservador, en caso de existir complicaciones, el tratamiento quirúrgico puede ser necesario.

Factores relacionados con su aparición son retraso mental y EPOC, presentes en este caso.

Consideramos que tanto el SCH como la peritonitis esclerosante contribuyeron al cuadro clínico de suboclusión intestinal en nuestro paciente.

El neumoperitoneo tienen expresión radiográfica similar al SCH, por ello en pacientes en DP el diagnóstico puede pasar desapercibido fácilmente. El TAC abdominal puede ser determinante.