

## Salmonella enteritidis y necrosis tubular aguda en trasplante renal

Garrido Assens, Celia; Palomares Bayo, Magdalena; González Martínez, Francisco; Asensio Peinado, Concepción

Señor Director:

La infección por Salmonella Enteritidis en trasplantes renales puede ser un cuadro de evolución tórpida (1), que requiere diagnóstico y tratamiento precoz, dadas las características inmunológicas de estos pacientes.

Aportamos un caso de infección gastrointestinal por dicho germen, con afectación generalizada, con inicio poco esclarecedor:

Mujer de 41 años, con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica terminal de riñones propios por enfermedad de Berger, HTA farmacológicamente bien controlada, trasplante renal (desde hacía 3 meses) en tratamiento con ciclosporina y prednisona a dosis estipuladas, la cual acude al hospital por cuadro febril de 2 días de evolución (38-39 °C), con sensación de quemazón en palmas de manos, plantas de pies y genitales externos, junto a edematización de MMII, con diuresis conservada. Exploración física anodina (no se confirma la fiebre al ingreso) sin evidenciarse foco séptico.

Exploraciones complementarias:

Analítica de sangre: Hcto., Creatinina, Urea, Na, K estables. No leucocitosis ni neutrofilia. No leucopenia ni linfopenia. Restos de parámetros sin interés. RX de Tórax: sin alteraciones significativas. Electrocardiograma: compatible con la normalidad. Ecografía Abdominal: Linfocèle perirrenal de 10 cm. x 8 cm. de diámetros. Índice de resistencia arterial intrarrenal = 0.65-0.75, ectasia pielocalicial del injerto renal. No líquido en Espacio de Douglas.

Se procede a punción y drenaje del linfocèle, con desaparición de la ectasia pielocalicial, permaneciendo la paciente asintomática hasta el 7.º día post-ingreso que comienza con fiebre de 38 °C, dolor abdominal tipo cólico (predominante en ángulo hepato-cólico), dudoso

blumberg positivo y heces diarreicas (blandas y pastosas, sin sangre, ni moco, ni pus) que en días sucesivos son líquidas, profusas y hemorrágicas, acompañadas de empeoramiento del cuadro abdominal. En todo momento la T.A. permanece normal (mínima 130/80), se mantiene sueroterapia adecuada y se inicia antibioterapia de amplio espectro (Quinolona, Cefalosporina, Metronidazol), en espera de nuevas pruebas complementarias:

Coprocultivo: positivo a Salmonella Enteritidis. Antibiograma: sensible a quinolonas y cefalosporinas. Hemocultivos, Serología Viral Respiratoria, Cultivo de CMV en sangre saliva y orina, y antigenemia precoz de CMV. Cultivo de linfa, Toxina de Clostridium Difficile resultaron negativos. Colonoscopia: demuestra en Colon Ascendente (próximo a Ciego) una zona irregular, puntiforme, eritematosa, muy friable y retráctil, que circunda la luz colónica y se extiende 6-7 cm., de aspecto inflamatorio.

La paciente permanece ingresada durante 20 días por Fracaso Renal Agudo (FRA) del injerto renal (con diuresis conservada) por NTA de probable causa infecciosa (ver Tabla I).

La salmonella es el germen más frecuente implicado en las gastroenteritis (2). A diferencia de los huéspedes normales, en los trasplantados esta infección se manifiesta, en un elevado porcentaje, como bacteriemia y/o foco extraintestinal (3) (4), pudiendo producir la muerte si no se consigue una rápida detención del cuadro con tratamiento antibiótico y correcta reposición hidroelectrolítica (5). Por ser un bacilo gram (-) (además de enterobacteria anaerobia facultativa), tiene gran adherencia a superficies mucosas, resistencia a anticuerpos séricos y capacidad para elaborar factores extracelulares como toxinas y enzimas. En su membrana externa se encuentra el Lípido A, que dispara todos los acontecimientos relacionados con la Endotoxemia, la cual se traduce en Isquemia renal y aparición de Necrosis Tubular Aguda (cuya causa primaria sería infecciosa) (6). En nuestra paciente, si bien cursó con probable bacteriemia y/o endotoxemia, no se

Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves  
Granada

TABLA I

Día	2°	6°	7° **	11°	17°	20°
Cr. Sangre (mg/dl)	2	1.8	2	3.6	2.3	1.8
Cr. Orina/Cr. sangre	28.8	18.5	14	7.47	9.58	29.7
FENA (%)	0.78	1.81	2.79	6.18	5.3	1.76
Nivel pico CSA	?	168	?	162	115	110
T.A. sistólica/diastólica	140-90	150-80	160-90	150-90	130-80	130-80
Diuresis (cc)	2.500	2.800	2.800	2.100	4.950	3.000
CSA (mg/Kg./día)	5.9	5.7	5.87	5.88	6	6.62

\*\* Comienzo del cuadro

confirmó bacteriológicamente.

### Referencias bibliográficas

1. Berk MR., Meyers AM., Cassal W., et al: **Nontyphoid salmonella infections after renal transplantation: a serious clinical problem.** Nephron 37: 186-189, 1984.
2. Chalker RB y Blaser MJ: **A review of human salmonellosis. Magnitude of salmonella infection in the United States.** Rev. Infect. Dic. 10: 11-124, 1988.
3. Samra Y., Shaked Y. y Maier M.: **Nontyphoid salmonellosis in renal transplant recipients: report of five cases and review of the literature.** Rev. Infec. Dis. 8: 431-430, 1986.
4. Remacha MA., Villuendas MC., Torres L. y Gorriacho J.: **Infección pulmonar por Salmonella en un trasplante renal.** Nefrología 2: 186-187, 1996.
5. Rincón B, Bernis ML., Noguerado A., Traver JA.: **Incidenia de fracaso renal agudo secundario a gastroenteritis por salmonella en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid.** Nefrología 1: 112-115.
6. Sánchez JA., López F., Gruss E., Traver JA.: **Sepsis y fracaso renal agudo.** Nefrología 12 (Suppl. 4): 126-131, 1992.