

IL CASO CLINICO

a cura di G. Garosi

Peritonite sterile in un paziente in CAPD causata da un ascesso iuxtaperitoneale

Da: *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 406-7
Bstrup C, Biegel E, Smith Pedersen R

Una donna di 61 anni, in CAPD da 26 mesi, viene ricoverata per sospetta peritonite. L'anamnesi presenta dolore alla metà dx dell'addome da 2 settimane e, negli ultimi 3 giorni, puntate di ipertermia intorno a 39°C; 24 ore prima del ricovero un medico ha somministrato mecillinam nel sospetto di infezione vescicale, senza tuttavia effettuare colture.

All'ingresso l'esame obiettivo dimostra intenso dolore addominale con difesa e temperatura 39.5°C. Il liquido di dialisi è torbido, con Cytur test fortemente positivo. Gli esami ematochimici rilevano leucocitosi (19.400/mm³). Viene intrapreso trattamento intraperitoneale con vancomicina 1.5 g/settimana e gentamicina 30 mg/die; nonostante ciò nei 4 giorni successivi la temperatura rimane elevata ed il liquido di dialisi resta torbido. A questo punto la paziente viene trasferita alla emodialisi, anche in base ad un ultrafiltrato peritoneale incontrollabilmente elevato. Tutte le indagini microscopiche e colturali per batteri, micobatterio tubercolare e miceti (ripetute 14 volte sul liquido di dialisi peritoneale, 3 volte sulle urine e 2 volte sul sangue) forniscono esito negativo.

Al 9° giorno si sviluppa una massa palpabile al fianco dx, tuttavia l'ecografia rileva solo una raccolta fluida sottocutanea di 1 cm di diametro senza segni di infezione e risulta negativa per masse addominali. Una scintigrafia leucocitaria con ^{99m}Tecnezio-Ceretec dimostra un accumulo di leucociti al fianco dx, esteso fino all'anca e prospiciente la membrana peritoneale. Un riscontro operatorio evidenzia un enorme ascesso che interessa sia il sottocute che i muscoli del fianco

dx e si estende fino a metà della coscia e alla faccia interna dell'osso ileale, senza tuttavia comunicare con la cavità peritoneale. Numerose colture dell'ascesso risultano negative. In seguito la paziente guarisce, viene trasferita nuovamente in dialisi peritoneale e dimessa in 53^a giornata.

Nonostante il mancato isolamento di agenti etiologici, è logico ritenere che l'evento primitivo della storia clinica sia stato l'ascesso al fianco dx, che ha presumibilmente determinato una infiammazione localizzata del peritoneo con comparsa di leucociti nel liquido di dialisi. Il trattamento antibiotico ha in seguito probabilmente impedito l'isolamento di agenti etiologici dall'ascesso, mentre la negatività delle colture dal liquido di dialisi potrebbe venire ascritta alla dose di antibiotico praticata prima del ricovero. Una interpretazione alternativa è che l'evento iniziale sia stato la peritonite, in seguito complicatasi con l'ascesso al fianco dx: tale ipotesi è resa poco probabile dall'esordio clinico con dolore al fianco dx e dalla asimmetria della raccolta ascessuale.

L'interesse di questo caso, oltre alla documentazione di una insolita origine di una peritonite a colture negative, risiede principalmente nella prima segnalazione di utilizzo della scintigrafia leucocitaria come indagine diagnostica in una peritonite a colture negative: tale metodica ha permesso in questo caso di dimostrare una raccolta ascessuale che, per la particolare localizzazione e conformazione anatomica, non risultava visualizzabile con le tecniche eidologiche tradizionali.