

**NEFROPATIA IgA EN CALI. SEGUN BIOPSIAS RENALES 1980-1989. UN ANALISIS DESCRIPTIVO SIMPLE**

Otero L., Cuero C., Santamaría C., Rodríguez A.  
Servicio de Nefrología y Departamento de Patología  
Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle (HUV)  
Cali, Colombia.

**Objetivo:** Estudiar la frecuencia y prevalencia de la mesangio-patía IgA en Cali, revisar su cuadro clínico y pronóstico a largo plazo.

**Material y Métodos:** Fueron vistos 80,005 informes de biopsias hechas en el HUV entre 1980-1989. 506 correspondían a biopsias renales, de las que 59 cumplían con los criterios para IgA. Estas biopsias fueron vistas otra vez con los patólogos y se revisó la historia clínica de cada caso.

**Resultados:** Los 59 casos de IgA representan el 11.6% del total de biopsias renales, con un rango de edad entre los 3 y 55 años. La presentación clínica más común fue la hematuria aislada de origen glomerular 64% de los casos. 3 casos (5%) estuvieron asociados a púrpura de Henoch-schonlein. 4 de 5 casos con mediciones de IgA sérica se encontraron niveles altos. Los depósitos inmunes mesangiales más comunes fueron IgA sola 18 casos (30.5%), IgA + IgG 11 casos (18.6%). El 93.2% de las biopsias tenían proliferación celular, el 45% proliferación de la matriz mesangial, 11.8% esclerosis focal y segmentaria, 11.8% crecimientos infiltrado intersticial y atrofia tubular en el 15% y fibrosis intersticial en el 11.8% de los casos.

**Conclusión:** La mesangio-patía IgA se da con relativa frecuencia en nuestro medio, siendo la principal causa de hematuria alta. Puede progresar a estadios clínicos e histopatológicos muy serios lo que compromete su pronóstico a largo plazo.

**MESANGIOPATIA IgM EN CALI. UN ANALISIS DESCRIPTIVO SIMPLE BASADO EN BIOPSIAS RENALES. 1980 - 1989**

Otero L., Cuero C., Santamaría C., Rodríguez A.  
Servicio de Nefrología y Departamento de Patología  
Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle (HUV)  
Cali, Colombia.

**Objetivo:** presentar la frecuencia y la prevalencia de la mesangio-patía IgM en nuestro medio basado en la revisión retrospectiva de biopsias renales y su cuadro clínico. Determinar si en efecto es una entidad clínica propia y su pronóstico.

**Material y Métodos:** 80,005 informes de biopsias hechas en el HUV entre 1980-1989 fueron vistas. 506 correspondían a biopsias renales de las que 36 cumplían con los criterios para IgM. Estas biopsias fueron vistas nuevamente con los patólogos y se revisó la historia clínica de cada caso.

**Resultados:** Los 36 casos de IgM representan el 7.1% del total de biopsias renales. El rango de edad estuvo entre los 18 meses y 38 años. La presentación clínica más común fue el síndrome nefrótico 83% casos. Los depósitos inmunes mesangiales más comunes fueron IgM sola 47% e IgM+C3 41% de las biopsias. El 100% presentó proliferación celular y 41% proliferación de la matriz mesangial asociada. 13.8% de las biopsias mostraron esclerosis focal y segmentaria (EFS), 5% crecimientos, 16% atrofia tubular, 19% atrofia tubular con infiltrado intersticial. Compromiso glomerular y tubulointersticial severo con depósitos de IgM y C3 se observó en todos los casos de EFS, 13% del total.

**Conclusión:** El cuadro clínico e histopatológico observado nos permite señalar que la mesangio-patía IgM se da en nuestro medio con alguna frecuencia. Que presenta características propias que la señalan como una entidad clínica aparte, con un pronóstico no tan benigno como algunos han sugerido.

## 129

## EXPERIENCIA CON CATETER SUBCLAVIO DE DOBLE LUZ (CSC) PARA HEMODIALISIS (HD).

Mejía G, García A, Arango JL, Henao JE, Arbeláez M, Sánchez J, Gil NE, Vidarte A. Unidad Renal, HUSVP y Sección de Nefrología, U de A, Medellín.

Entre Dic 1987 y Mayo 1990 se colocaron 149 CSC, en 139 pac (7% tuvieron 2o. catéter). 88 (59%) fueron hombres; edad (x) fue 36+-15 (DE) años, rango 12-73; 60 (40%) pertenecían al ISS y otro tanto, al HUSVP. La indicación para colocarlos (a cargo de nefrólogos) fue insuficiencia renal aguda (IRA) en 32 (21%) y crónica (IRC) en 117 (79%); 127 (85%) se ubicaron en la vena subclavia derecha, en 5 (3%) con guía fluoroscópica. Todos fueron reutilizados. La duración "in situ" fue 20.1+-15.6 días, rango 1-109 y el número de usos fue 7.8+-6.1; un catéter se usó en promedio cada 2.6 días; la experiencia global fue de 3001 días-catéter y de 1164 sesiones de HD. En 101 (68%) no hubo complicaciones (No documentamos trombosis de subclavia, pero no se hicieron estudios para descartarla). Las causas de retiro fueron iniciación de uso de fistula arteriovenosa (FAV) en 65 (44%), mejoría de IRA en 17 (11%), transferencia a diálisis peritoneal 16 (11%), muerte 13 (9%) (IRA 9, IRC 4), obstrucción y desvinculación en 7 (5%) c/u y sepsis 5 (3%). En 16 (11%) la complicación obligó a retirarlo (5 por obstrucción, 4 por infección del orificio, 4 por septicemia, 2 por mala posición (yugular) y 1 por hemorragia). Hubo flujo insuficiente que dificultó la HD en 40 procedimientos. Las muertes probablemente estuvieron relacionadas con el catéter en 2 casos (septicemia y hemotórax). En un caso se presentó paro cardíaco al retirarlo, pero respondió a resucitación.

Concluimos que en nuestra experiencia, el CSC es un acceso vascular transitorio seguro, sus complicaciones son manejables y su durabilidad es suficiente para el tratamiento efectivo de IRA mientras se produce la recuperación y de IRC mientras se puede emplear la FAV.

## 130

## ESTUDIO DE 224 DONANTES DE RIÑÓN PARA TRASPLANTE (TX).

Mejía G, Carvajal J, Arbeláez M, Henao JE, García A, Arango JL. Grupo de Trasplantes, U de A-HUSVP, Medellín.

Entre Jul y Dic'89 se intentó reclutar los 224 donantes de riñón para TX intrafamiliar (IF) a quienes se les practicó nefrectomía (NX) unilateral de Ago'73 a Feb'89, mediante mensajes con sus receptores, llamadas telefónicas y cartas. Edad: 31+-1 (ESM) años (rango 16-57); sexo masculino: 123 (55%); relación donante-receptor: hermano en 97 (43%), hermana en 65 (29%) y el resto, padres e hijos; NX izquierda 127 (61%); hospitalización 5.7+-3 días (3-25). De los 224, 140 (62%) respondieron y a ellos se les practicó interrogatorio, E.F. y pruebas de función renal, todo lo cual fue comparado con los datos pre-NX. Adicionalmente se hizo una encuesta para evaluar calidad de vida en relación con la donación (n=86). Seguimiento: 51.1+-2.9 meses (3-198). Resultados: peso 64.4+-3.4 vs 63.6+-9 (NS), P.A. sistólica 123+-1 vs 124+-1 (NS) y diastólica 78+-5 vs 78+-1 (NS). "Delta" peso: +3.24+-5 (-10.3 a 17). Datos de laboratorio pre y post-NX: creatinina 1.05+-01 vs 1.26+-02 (+24%) (P<.00001), BUN 10.3+-3 vs 15+-5 (+40%) (P<.00001), Dcr 94.3+-1.9 vs 84.3+-1.7 (-9%) (P=.00009) y proteinuria .083+-0.009 vs .073+-0.001 (+33%) (NS). Proteinuria >.15<.3 g pre-NX: 29 (en solo 3 persistió post-NX) y >.3 pre-NX: 8 casos (máximo .62); post-NX >.15<.3 g: 14 y >.3: 5 (máximo .7). En 3 casos diferentes pre y post-NX, hubo hipertensión. La evaluación de calidad de vida aunque variable, fue muy satisfactoria. Complicaciones inmediatas relacionadas con la cirugía: 4.5% y tardías 4.3%. Mortalidad post-NX: 5/224 (2.23%), en un caso, relacionada con la NX. En conclusión, excepto por el riesgo inherente a una cirugía mayor, la donación de riñón es un procedimiento seguro, cuyas complicaciones son menores y fácilmente manejables, reporta a quién la hace gran satisfacción y obviamente, confiere al receptor la posibilidad de recuperación.

## 131

## RESERVA RENAL (RR) EN PACIENTES (PTES) TRASPLANTADOS RENALES (TX) Y EN PTES CON GLOMERULOPATIA PRIMARIA (GP) CON FUNCION RENAL CONSERVADA.

Villegas I, Mejía G, Moreno S.

Unidad Renal, U. de Antioquia-H.San Vicente de P-Medellín

Objetivos: A pesar de múltiples reportes sobre RR, existen aún controversias sobre su estado en ptes con GP y no se ha establecido plenamente en TX.

**Materiales y métodos:** 11 ptes TX (4 hombres; 31 [2.2] años [media [eem]) que recibieron un injerto 10.5 (2.2) meses antes, con inmunosupresión triconjugada (PDN-AZA-CyA) en dosis de mantenimiento, con hipertensión (HTA) leve, se compararon con 11 ptes con GP (2 hombres, 24.8 [2.2] años) (20.7 [2.2] meses de evolución), sin HTA. Ambos grupos tenían creatinina sérica  $\leq$  1.5 mg/dl, estaban estables al momento del estudio y ningún pte recibía calcioantagonistas, antiplaquetarios o inhibidores de la convertasa. El grupo control (GpC) era de 15 personas sanas (10 hombres, 34.7 [1.2] años). Después de ayunar una noche, se les administró 5 g de carne vacuna/k peso, y se midió la depuración de creatinina-en-1-hora (ml/min), antes (D'cr1) y dos horas después (D'cr2) de la carga proteica. La diferencia entre D'cr2 y D'cr1 fue la RR, expresada en términos absolutos (RRA) (ml/min) y relativos (RRR) (%).

Resultados:	GpC	TX	GP	Valor p
D'cr1	94.5(7.8)	70.2(9.5)	101.6(13.8)	S NS
D'cr2	114.7(10.4)	73.8(9.8)	129.2(12.7)	0.01 0.002
RRA	20.2(10.8)	3.6(12.9)	27.6(21.3)	NS 0.03
RRR	27.7(12.6)	24.2(20.9)	70.7(39.2)	NS NS

‡ GpC vs Tx; \*\* GP vs Tx.

No se encontraron diferencias entre GpC y GP. RRA y RRR correlacionaron positivamente con D'cr2 en los 3 grupos.

**Conclusiones:** La RR está intacta en ptes con GP de reciente aparición, que tengan función renal normal y no sean hipertensos. La RRA tiende a estar disminuida, pero la RRR está intacta en ptes con TX renal reciente y función renal conservada.

## 132

## HIPERURICEMIA Y GOTA POST-TRASPLANTE RENAL.

García A, Arbeláez M, Mejía G, Henao JE, Arango JL. Grupo de Trasplantes, U. de A.-HUSVP, Medellín

Para determinar la incidencia de hiperuricemia (HU) y/o artritis gotosa (AG) en pacientes con trasplante renal, según los esquemas de inmunosupresión (IS) y el uso de diuréticos (D), evaluamos retrospectivamente los registros de 520 pts entre Ago'73 y Abr'89. Se incluyeron quienes tuvieron más de 1 año de seguimiento y creatinina sérica (Cr)  $<$ 2.3 mg/dl. Se definió HU como ácido úrico  $\geq$ 7 mg/dl en mujeres y  $\geq$  8 mg/dl en hombres. Los 310 pts resultantes se dividieron en 2 grupos según IS, así: 147 con AZA-PDN (G1) y 163 con terapia triple (AZA-PDN-CsA) (G2). HU se presentó en 76% del G2 y en 25% del G1 (p<.00001); el tiempo de aparición promedio fue 12 y 24 meses, respectivamente (p=0.001); en ambos grupos predominó el sexo masculino (71 y 56%). No se encontraron diferencias significativas en los niveles de Cr o edad. 14 pts (4.5%) presentaron 2 o más episodios de AG; 13 (93%) eran hombres y 12 (86%) pertenecían al G2. La articulación más comprometida fue la rodilla, seguida de la 1ª MTF. No hubo diferencias significativas en el tiempo de presentación de la AG. Se encontró un efecto sumatorio del uso de D con CsA en la frecuencia de HU a 1 año, así: 87% en el G2 con D vs 69% en el G2 sin D (p=0.00004); vs 37% en G1 con D (p<.00001) y vs 4% en el G1 sin D (p<.00001). La Cr fue 1.6 mg/dl en el G2 con D vs 1.3 en el G2 sin D (p=0.001), vs 1.4 en el G1 con D (p=0.005) y vs 1.3 en el G1 sin D (p=0.005). El ácido úrico fue mayor en el G2 con D (9 mg/dl) comparado con G2 sin D y con el G1 con D (7 mg/dl) y p=0.001, para ambos; y con G1 sin D (6 mg/dl, p=0.001).

En conclusión, CsA y D aumentan en forma significativa la presencia de HU y AG, demostrando un efecto sumatorio con el uso concomitante de ambas drogas.

## RECHAZO EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.

Gamarrá G., Gómez J.  
Unidad de Nefrología. Hospital Universitario Ramón González Valencia. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

El rechazo constituye la causa más frecuente de pérdida del trasplante. Con el objeto de describir las características clínicas del rechazo en pacientes con trasplante renal se analizan los episodios presentados en 83 trasplantes realizados a 76 pacientes durante un período de 102 meses, en Bucaramanga. Se efectuaron 54 aloinjertos con donante cadavérico y 29 intrafamiliares. La edad del receptor osciló de 10 a 60 años (promedio: 34.8 a). El 65.8% de los pacientes fueron de sexo masculino.

Se presentaron un total de 66 episodios de rechazo distribuidos en la siguiente forma: hiperagudo: 1 (1.5%), acelerado 2 (3.0%), agudo: 53 (80.4%) y crónico 10 (15.1%).

En 29 pacientes con trasplante intrafamiliar hubo 14 episodios de rechazo, siendo agudos el 85.8% de ellos. Se encontró que 44.8% de trasplantes intrafamiliares presentan algún episodio de rechazo durante su evolución. En 47 pacientes con trasplante cadavérico hubo 54 episodios, de los cuales 78.8% fueron rechazos agudos; 74.1% de trasplantes cadavéricos presentan algún episodio de rechazo durante la evolución.

El rechazo agudo ocurrió dentro de los primeros 30 días del trasplante en 54.7% de los casos. Los hallazgos predominantes en el rechazo agudo fueron:

Aumento de la creatinina plasmática	96.2%
Alteraciones locales del injerto	74.4%
Aumento de peso	67.9%
Hipertensión arterial	64.1%
Dolor	50.9%
Fiebre	35.8%
Leucocitosis	34.0%
Disminución del volumen urinario	22.6%

En trasplante intrafamiliar la supervivencia del injerto fue 82.6%, 75.0% y 66.6% y para el paciente 86.9%, 83.3% y 66.6% a uno, dos y cinco años respectivamente. En trasplante cadavérico la supervivencia del injerto fue 63.3%, 54.5% y 37.5% y para el paciente 81.6%, 72.7% y 70% a uno, dos y cinco años.

Se concluye que el mejor conocimiento de las formas clínicas de presentación del rechazo, permitirá hacer un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento.

## TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL: METODO RAPIDO (FASTPET) PARA EVALUACION DE EFECTIVIDAD DE DIALISIS PERITONEAL.

Muñoz J.E., Alfonso L.M., Serrano M.L., Rojas T.  
Unidad Renal. Clínica San Pedro Claver. Bogotá.

Se estudiaron 16 pacientes del programa CAPD, con el fin de evaluar efectividad del Peritoneo (transporte de solutos, tasa de ultrafiltración), asociado a manifestaciones de diálisis inadecuada como insomnio, anorexia, fatiga y hematocrito bajo. Aplicando el Test de Equilibrio Peritoneal: Método rápido (Fast Pet) descrito por Twardowski, usando Dismal PD2-2.53, a las 4 horas de infusión se cuantificó volumen de drenaje, urea, creatinina y glucosa en suero/dializado y hematocrito. Encontrando en transporte de solutos el 81.25% de pacientes entre nivel promedio Bajo y Bajo (Subdializados), 93.75% con ultrafiltración adecuada. En los últimos 6 meses 50% presentaron anorexia, 43.75% Insomnio, 56.25% fatiga. Se descartó la necesidad de manejos dialíticos diferentes a CAPD, y se identificó la necesidad de tener volúmenes de dializado mayores a 2 litros, evidenciado tanto en resultados en transporte de solutos como por la presencia de manifestaciones clínicas de Sub-diálisis, se encontró la alteración en el hematocrito en 12.50% al parecer es signo tardío de inadecuación de diálisis.

## POPULACION DE LA FARMACOCINETICA DE LA UREA EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA NO TERMINAL

Muñoz J.E., Escobar C.H.  
Servicio de Nefrología Clínica San Pedro Claver 188 Bogotá

Se estudió un total de 148 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de la consulta externa del servicio de nefrología de la Clínica San Pedro Claver de Bogotá entre marzo de 1988 y junio de 1990. Se hicieron mediciones de generación de urea y creatinina, así como depuraciones residuales de estos solutos utilizando orina de 24 horas y valores de nitrógeno y creatinina urinarios y plasmáticos. Se aplicaron las fórmulas matemáticas de Gotch y Keen para determinar el grado de función renal. Los pacientes que tuvieron depuración residual de urea menor de 4.5 ml/min entraron a diálisis (26.35%). El restante 73.64% fue controlado con dietas de 40 a 50 gramos de proteína al día y medicación. El promedio de tiempo de tratamiento de los pacientes con depuración óptima en la urea y depuración residual de urea fue de 8 meses (rango de 1 a 22 meses). No hay correlación directa entre la depuración de creatinina y la necesidad de diálisis.

## HEMODIAFILTRACION ARTERIOVENOSA CONTINUA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

Castillo L., Martínez M.E., Restrepo M.L.  
Servicio de Nefrología, Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de medicina, Bogotá.

El propósito de este trabajo es presentar la experiencia clínica y aplicación de la hemodiafiltración como una forma de tratamiento para pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA) en quienes la hemodiálisis y la diálisis peritoneal se encuentran contraindicadas.

Se seleccionaron nueve pacientes con diagnóstico de IRA con sobrecarga de volumen, en estado crítico, hemodinámicamente inestables, con falla multisistémica a quienes se realizó la hemodiafiltración, según la técnica descrita por Geronimus y Schneider en 1984, por períodos entre 17 y 72 horas. El aclaramiento de urea varió entre 8.6 y 27.8 ml/min. El BUN se mantuvo entre 39 y 64mg. El potasio se mantuvo normal en 8 de los 9 pacientes; se presentó hipokalemia en uno de ellos. La velocidad de ultrafiltración varió entre 100 y 600ml/h. La frecuencia de complicaciones fue baja. Hiperglicemia y sangrado fácilmente corregibles fueron las más frecuentes. Este método ofrece terapia alterna para pacientes con IRA, es técnicamente simple y con una frecuencia mínima de complicaciones. Indicado en pacientes azotémicos y hemodinámicamente inestables. Alcanza buen control bioquímico y maneja efectivamente la hiperkalemia.

137

#### MANEJO AGUDO DE HIPERKALEMIA CON TERBUTALINA INHALADA EN PACIENTES RENALES CRÓNICOS.

González R., Arbeláez V., Martínez M.E., Torres H. Unidad Renal, Departamento Médico, Hospital Militar Central, Escuela Militar de Medicina, Bogotá. Los beta-miméticos a través de la activación de la bomba Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup> ATPasa estimulan el transporte de potasio al interior de la célula. Para investigar la efectividad de la terbutalina nebulizada en el manejo agudo de la hiperkalemia, realizamos un estudio prospectivo, aleatorio, doble ciego y placebo controlado en 20 pacientes con I.R.C. en hiperkalemia por encima de 6 mEq/L. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos comparativos: a un grupo se le administró 10mg de terbutalina nebulizada y al grupo control 10cc de solución salina al medio con placebo. Se tomaron muestras de sangre para medición de potasio sérico a los 30, 60 y 120 minutos después de cada nebulización. No encontramos cambios significativos en los niveles de potasio sérico en ninguno de los dos grupos. En el grupo de terbutalina se observó un aumento de la frecuencia cardíaca que fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) con respecto al grupo control. Los efectos colaterales fueron similares en los dos grupos. En conclusión, no demostramos la utilidad de la terbutalina nebulizada para el manejo agudo de la hiperkalemia en contra de lo que se ha publicado recientemente. Sugerimos nuevos estudios con terbutalina antes de desechar su utilidad en el manejo agudo de la hiperkalemia.

139

#### SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS SIGNOS RADIOLOGICOS DE LIQUIDO LIBRE INTRAABDOMINAL CON VOLUMENES CONOCIDOS.

Triana G., Paredes D., Bermúdez S., Morillo A., D'Achiardi R. Unidades de Radiología y Nefrología-Hospital de San Ignacio. Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

La valoración de la presencia de líquido intraabdominal es un elemento fundamental en el análisis y estudio de los pacientes con patología abdominal. Se han descrito nueve signos radiológicos para identificar la presencia de líquido libre en cavidad, en el estudio de radiografía de abdomen simple, que requieren experiencia para su interpretación por parte del examinador y están sujetos a variación en su análisis por factores subjetivos por parte del interpretador. Los pacientes en diálisis peritoneal (DP) ambulatoria permiten la infusión de volúmenes conocidos de líquido al interior de la cavidad. Se obtuvieron 32 radiografías de abdomen simple en pacientes de DP ambulatoria, con volúmenes conocidos de 500, 1000, 1500 y 2000cc. de líquido para diálisis y se compararon con igual número de estudios en sujetos controles, comparables en edad, sexo y peso, que tenían colocado superficialmente un catéter de DP para evitar dicha diferencia entre las radiografías. Dos radiólogos en forma separada, aleatoria, y en dos ocasiones distintas con intervalo de quince días cada una, revisaron los estudios indicando la presencia o no de los nueve signos radiológicos. Se obtuvo una correlación satisfactoria entre la variabilidad inter-observador e intra-observador. En general, los nueve signos radiológicos mostraron una alta especificidad, pero baja sensibilidad. Los signos de borramiento del ángulo hepático y abombamiento del flanco, mostraron la mayor sensibilidad, a volúmenes superiores de 1000cc de líquido intraabdominal.

138

#### PERITONITIS MICOTICA EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

Campos A., Carrizosa E., Barreto F.J., Altahona H. Servicio de Nefrología. Hospital de San José. Universidad del Rosario.

Se revisa la frecuencia con que se presenta peritonitis por hongos en los pacientes en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en el Hospital de San José, así como sus principales características y manejo. Desde Agosto de 1981 hasta Marzo de 1990 se han tratado con DPCA. 114 pacientes que han presentado 266 episodios de peritonitis, lo cual quiere decir que en promedio han presentado una peritonitis cada 12.95 meses. Del total de peritonitis el agente causal ha sido un hongo en 9 episodios (3.38%), que se presentaron en 7 pacientes. La peritonitis se diagnóstica ante la presencia de líquido de diálisis turbio, que se puede asociar con dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, síntomas generales y recuento celular aumentado en el líquido peritoneal, síntomas generales y recuento celular aumentado en el líquido peritoneal con predominio de neutrófilos, junto con cultivo positivo. En la peritonitis micótica puede haber predominio linfocitario y el hongo se debe identificar tanto en el frotis como en el cultivo. Todos los pacientes tenían como antecedente tratamiento antibiótico previo. El germen aislado en 7 episodios fue *Candida Albicans*, en los otros dos fueron *Aspergillus Sp* y *Trichosporum Beigelii*. En todos los casos se retiró el catéter en el momento del diagnóstico, aislándose el hongo en el mismo y no se instauró tratamiento específico. De los 7 pacientes, solo en 2 pacientes se pudo la DPCA y en 1 la cavidad peritoneal fue funcional durante casi 5 años, hasta cuando presentó otro episodio de peritonitis micótica. A pesar de su baja frecuencia, se plantea el interrogante sobre el tratamiento ideal y la conveniencia del tratamiento antimicótico antes y/o después de retirar el catéter.