



P-517 - DERRAME PLEURAL Y DISNEA EN PACIENTE CON DIÁLISIS PERITONEAL

Rodríguez García, Pablo; Balsalobre Salmerón, María; García López, Arancha; Martínez Manzano, Álvaro; Abellán Garay, Laura; Muñoz García, Javier; Perán Fernández, Cristóbal; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una alternativa terapéutica para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que precisa la colocación de un catéter de DP, normalmente por el cirujano general, y la infusión de líquido de diálisis en la cavidad peritoneal. La complicación más frecuente de la DP es la infección, aunque también pueden ocurrir obstrucciones del catéter, hernias y perforaciones intestinales. Mucho menos frecuente es la comunicación pleuroperitoneal, descrita por Edward y Unger en 1967, cuya incidencia oscila entre 1,6-10%. Suelen ser más frecuentes en mujeres y asociados a ciertas etiologías como la poliquistosis renal. A pesar de ser una complicación poco frecuente en pacientes en DP, conlleva una alta tasa de abandono de la técnica.

Métodos: Presentamos a un varón de 65 años, con antecedente de enfermedad renal crónica de origen diabético, en tratamiento con diálisis peritoneal desde hace un año, sin complicaciones desde entonces. El paciente acudió a Urgencias por dolor costal, tos y disnea de inicio súbito. A la exploración destacaba una auscultación pulmonar con hipoventilación en hemitórax derecho.

Resultados: Se realizó Rx tórax y angio-TC objetivando gran derrame pleural derecho y descartando TEP. Además, se realizó una toracocentesis diagnóstica-terapéutica, con características de trasudado y glucosa similar a la plasmática. Sospechando una comunicación pleuroperitoneal, se solicitó una gammagrafía peritoneal administrando ^{99m}Tc -MAA que mostraba rápida acumulación del trazador en el hemitórax derecho, aumentando de intensidad en las imágenes tardías, confirmando el diagnóstico. Se suspendió la DP y pasó a hemodiálisis con mejoría progresiva del derrame pleural en las Rx de control hasta su resolución, permaneciendo asintomático.

Conclusiones: La comunicación pleuroperitoneal es una patología infrecuente en pacientes con diálisis peritoneal. Provoca la aparición de un hidrotórax debido al paso de líquido desde la cavidad peritoneal hacia el espacio pleural por un aumento de la presión intraabdominal a través de defectos diafragmáticos, que suelen ser congénitos y más frecuentes en el lado derecho, siendo inusual su presentación bilateral. La mayoría ocurren en los primeros 30 días tras comenzar la DP, y hasta el 25% son asintomáticos. Debemos sospecharlo ante un cuadro de disnea más o menos brusca asociado a derrame pleural en un paciente con DP. El análisis de líquido pleural con una concentración de glucosa mayor que la plasmática puede ser orientativo, aunque el diagnóstico se confirma con una gammagrafía peritoneal que muestre la presencia del isótopo radiactivo en cavidad pleural. Disponemos de diversas opciones de tratamiento. El primer paso es el conservador

o descanso peritoneal, pasando a hemodiálisis de forma temporal o definitiva. Aproximadamente 1 mes después, pueden reintroducir gradualmente la DP, aunque la tasa de recurrencia es alta. La pleurodesis suele ser el siguiente paso y se reserva la cirugía para el cierre del defecto como última alternativa, ya que no está exenta de riesgo, aunque es el tratamiento más eficaz. En estos casos, la utilización de videotoracoscopia suele permitir una mejor visualización. Debido a que se trata de una medida invasiva, muchos pacientes optan por el paso definitivo a hemodiálisis cuando falla el tratamiento conservador.