

2. Yamazaki M, Takei T, Otsubo S, Iwasa Y, Yabuki Y, Suzuki K, et al. Wegener's granulomatosis complicated by intestinal ulcer due to cytomegalovirus infection and by thrombotic thrombocytopenic purpura. *Intern Med.* 2007;46:1435-40.
3. Wakura D, Yoneda M, Kotani T, Egashira Y, Nagai K, Shoda T, et al. A refractory case of MPO-ANCA-associated vasculitis presented with gastrointestinal ulcer, rapidly progressive glomerular nephritis and pulmonary multiple nodules. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi.* 2010;33:31-6 [Article in Japanese]. Erratum in: *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi.* 2010;33:117. Wakaura, Daisuke [corrected to Wakura, Daisuke].
4. Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, Guillevin L. Presentation and outcome of gastrointestinal involvement in systemic necrotizing vasculitides: Analysis of 62 patients with polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener granulomatosis, Churg-Strauss syndrome, or rheumatoid arthritis-associated vasculitis. *Medicine (Baltimore).* 2005;84:115-28.
5. Amezcua-Guerra LM, Prieto P, Bojalil R, Pineda C, Amigo MC. Microscopic polyangiitis associated with primary biliary cirrhosis: A causal or casual association? *J Rheumatol.* 2006;33:2351-3.
6. Iannone F, Falappone P, Pannarale G, Gentile A, Grattagliano V, Covelli M, et al. Microscopic polyangiitis associated with primary biliary cirrhosis. *J Rheumatol.* 2003;30:2710-2.
7. Nakamura T, Kawagoe Y, Ueda Y, Koide H. Antineutrophil cytoplasmic autoantibody associated rapidly progressive glomerulonephritis in a patient with primary biliary cirrhosis. *Am J Med Sci.* 2004;328:176-9.

Elena Ruiz-Ferreras\*, Alberto Martín-Arribas, Guadalupe Taberero-Fernández, José Luis Lerma-Márquez, Pilar Fraile-Gómez, Pedro García-Cosmes y José Matías Taberero-Romo

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [eruiz.burg@hotmail.com](mailto:eruiz.burg@hotmail.com)  
(E. Ruiz-Ferreras).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.07.012>  
0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Una causa infrecuente de hemoperitoneo espontáneo en un paciente en diálisis peritoneal

### An uncommon cause of spontaneous hemoperitoneum in a peritoneal dialysis patient

Sr. Director:

Mujer de 64 años con múltiples alergias, hipertensión arterial de difícil control, episodios frecuentes de cefalea con seguimiento por el servicio de neurología, historia de úlcus duodenal, y una gastrectomía parcial realizada hace más de 20 años, con una enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefropatía IgA, y que inició hemodiálisis en mayo de 2004. Recibió un trasplante renal de un cadáver en noviembre de 2004 con progresivo deterioro de la función renal por recurrencia de su enfermedad de base con el resultado de una nefropatía crónica del injerto. Reinició el programa de diálisis en octubre de 2010 en la modalidad de diálisis peritoneal automatizada (DPA).

La paciente acudió al servicio de urgencias con una historia de pocas horas de evolución de dolor epigástrico de aparición súbita con irradiación a la espalda y náuseas; se realizó un intercambio peritoneal observando importante hemoperitoneo, por lo que se decide realizar más estudios.

En las pruebas complementarias se observó una Hb: 9,4 g/dl, leucocitos: 11.400  $\mu$ l y recuento plaquetario normal; urea: 133 mg/dl y creatinina: 9,95 mg/dl, con sodio y potasio en rango normal. Coagulación sin alteraciones. En el estudio

del líquido peritoneal presentaba un recuento de 135.000/mm<sup>3</sup> de hematías y 369 leucocitos/mm<sup>3</sup> (PMN: 79,7%).

Con todos los hallazgos reseñados se decidió realizar una tomografía axial computarizada (TAC) con contraste en la que se informaba la presencia de un nódulo hiperdenso en la región posterior del fundus gástrico compatible con pseudoaneurisma de la arteria gástrica izquierda, con un hematoma subyacente (fig. 1). Se realizó embolización percutánea transcatéter del pseudoaneurisma con el uso de coils, presentando buen control angiográfico (fig. 2).

Posteriormente fue ingresada para vigilancia hemodinámica presentando un hematoma inguinal como complicación del procedimiento y requiriendo la transfusión de 2 concentrados de hematías.

Se mantuvo en reposo peritoneal, con lavados peritoneales frecuentes hasta que el líquido peritoneal fue transparente; mientras tanto realizó hemodiálisis a través de la colocación de un catéter yugular transitorio.

Presentó febrícula en relación con el hematoma, con hemocultivos negativos. En una semana la paciente reinició los intercambios peritoneales y sin signos de sangrado en el líquido peritoneal. No ha presentado nuevas complicaciones desde este episodio.



**Figura 1** – Imagen en TAC de un nódulo hiperdenso en la región posterior del fundus gástrico, compatible con pseudoaneurisma de la arteria gástrica izquierda, con un hematoma subyacente.



**Figura 2** – Angiografía tras embolización percutánea transcáteter del pseudoaneurisma.

El hemoperitoneo es una complicación infrecuente de la diálisis peritoneal, y puede variar desde un mínimo sangrado hasta una hemorragia franca causando shock<sup>1-3</sup>. La causa más frecuente de sangrado está relacionada con la menstruación u ovulación. Como causas menos frecuentes podemos mencionar peritonitis esclerosante, pseudoaneurisma de la arteria esplénica, riñones poliquísticos, laceración de un órgano abdominal, pancreatitis aguda y alteraciones de la coagulación<sup>4</sup>.

Nuestra paciente acudió al servicio de urgencias por dolor epigástrico de aparición súbita y el líquido peritoneal sanguinolento nos dio una pista de la causa del dolor, por lo que se realizó la TAC, y con la embolización percutánea se detuvo el sangrado.

La diálisis peritoneal es una técnica ya establecida de terapia renal sustitutiva, pero dentro de sus ventajas rara vez se comenta la posibilidad de detección precoz de sangrado abdominal. Puede revelar pérdidas sanguíneas que de otra manera pasarían desapercibidas<sup>5</sup>. La realización de una angiografía inmediata, y la embolización percutánea transcáteter ayudaron a controlar la hemorragia y evitar una laparotomía<sup>1</sup>. En nuestro caso, la técnica de diálisis peritoneal nos permitió sospechar la causa del dolor epigástrico y tratarlo de forma adecuada.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Macía M, Pulido-Duque JM, Hortal L, Vega N, García-Medina J, Ortiz E, et al. Percutaneous embolization of splenic artery pseudoaneurysm as a treatment of hemoperitoneum in a CAPD patient. *Perit Dial Int.* 1993;13:157-9.
2. Borràs M, Valdivielso JM, Egido R, Vicente de Vera P, Bordalba JR, Fernández E. Haemoperitoneum caused by bilateral renal cyst rupture in an ACKD peritoneal dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant.* 2006;21:789-91.
3. Fine A, Novak C. Hemoperitoneum due to carcinomatosis in the liver of a CAPD patient. *Perit Dial Int.* 1996;16:181-3.
4. Peng SJ, Yang CS. Hemoperitoneum in CAPD patients with hepatic tumors. *Perit Dial Int.* 1996;16:84-6.
5. Kanagasundaram NS, Macdougall IC, Turney JH. Massive haemoperitoneum due to rupture of splenic infarct during CAPD. *Nephrol Dial Transplant.* 1998;13:2380-1.

Carlos Hidalgo-Ordoñez, J. Emilio Sánchez-Alvarez\* y Carmen Rodríguez-Suárez

Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jesastur@hotmail.com](mailto:jesastur@hotmail.com), [carmen.diazc@sespa.es](mailto:carmen.diazc@sespa.es) (J.E. Sánchez-Alvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.08.010>

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).