



## Peritonitis esclerosante

A. Sastre, C. Díaz Corte y C. Rodríguez Suárez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Sr. Director:

La peritonitis esclerosante (PE) es una infrecuente pero grave complicación de la diálisis peritoneal. Conlleva una elevada mortalidad, a pesar de suspender la técnica<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de PE que cursó con mala evolución.

### CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 48 años hipertenso, diabético tipo 2, obeso, diagnosticado de glomerulonefritis rápidamente progresiva y con inicio de diálisis peritoneal en marzo de 2000. Había presentado múltiples episodios de peritonitis, generalmente por gérmenes gram + y en junio de 2005 ingresó por una peritonitis fúngica por *Candida parapsilopsis*, recibiendo tratamiento con Fluconazol, se retiró el catéter peritoneal y se transfirió el paciente a hemodiálisis.

La etiología de la PE es multifactorial. Se ha implicado la existencia de peritonitis previas y la gravedad de las mismas, sobre todo por estafilococo aureus, pseudomonas así como las fúngicas como en nuestro caso, pero también otros factores: el acetato, la clorhexidina, los plásticos, la interleukina I, los fármacos betabloqueantes, los procedimientos quirúrgicos relacionados con el catéter, cualquier cirugía abdominal...<sup>2,3</sup>.

En diciembre de 2005 el paciente ingresó en el Servicio de Cirugía general por dolor abdominal y vómitos. A la exploración tenía efecto masa en epigastrio.

El diagnóstico de la PE generalmente es tardío. Cursa con síntomas poco específicos en los primeros estadios de la enfermedad (náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, estreñimiento, fiebre, pérdida de peso, distensión abdominal, dolor abdominal, masa abdominal palpable, ascitis, efluente hemático y obstrucción intestinal completa o incompleta). Se realizó TAC ab-

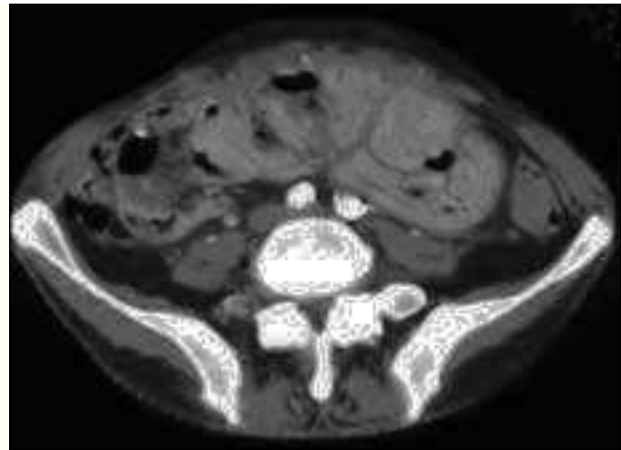


Fig. 1.—Gran colección pélvica tabicada.

dominal siendo informado como engrosamiento peritoneal, asociado a colección líquida pélvica con septos en su interior que engloba asas de intestino delgado, condicionando gran dilatación gástrica, duodenal y de primeras asas de yeyuno con niveles hidroaéreos. Hallazgos compatibles con peritonitis fibrosante (fig. 1). Los Rx y TAC pueden revelar el engrosamiento peritoneal y su calcificación. Un test de equilibrio peritoneal sugestivo (un estado de alto transportador adquirido con déficit de ultrafiltración) también apoyaría el diagnóstico. Pero es la biopsia peritoneal la que confirmará el diagnóstico<sup>4</sup>.

El paciente con tratamiento conservador recuperó progresivamente el tránsito intestinal. Pero sufrió deterioro del estado general y nuevo cuadro suboclusivo, se planteó tratamiento quirúrgico que el paciente rechazó por su alto riesgo. Falleciendo poco después.

Como tratamiento de la PE la medida más usada ha sido la retirada del catéter y la suspensión de la diálisis peritoneal. Cuando se producen cuadros obstructivos o necrosis intestinal, puede ser necesaria la cirugía que es dificultosa y conlleva una gran mortalidad<sup>5</sup>.

En nuestro caso debido al cuadro tan evolucionado y a la mala situación general del paciente no se planteó tratamiento inmunosupresor con esteroides, azatioprina o tamoxifeno<sup>6,7</sup>.

El pronóstico de la PE es infausto, con una mortalidad del 60% en 4 meses cuando se ha producido obstrucción intestinal completa<sup>8</sup>.

**Correspondencia:** Dra. Aránzazu Sastre López  
Hospital Universitario Central de Asturias  
Avda. Fernández Ladreda, 30  
24005 León (España)  
E-mail: aranchasastre@hotmail.com

Cabe resaltar que un diagnóstico temprano permitiría el uso de inmunosupresores y mejoraría el pronóstico por lo cual son importantes los marcadores precoces CA-125, VEGF, TGF entre otros en estudio<sup>9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nomoto Y, Kawaguchi Y, Kubo H y cols.: Sclerosing encapsulating peritonitis in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis: a report of the Japanese Sclerosing. *Am J Kidney Dis* 28: 240, 1996.
2. Rigby RJ, Hawley CM. Sclerosing peritonitis: the experience in Australia. *Nephrol Dial Transplant* 13: 154, 1998.
3. Dobbie JW: Pathogenesis of peritoneal fibrosing syndromes in peritoneal dialysis. *Perit Dial International* 12: 14-25, 1992.
4. Rodríguez Palomares JR, Fernández Lucas M, Rivera ME y Teruel JL: Esclerosis peritoneal tras peritonitis recidivante por *Klebsiella pneumoniae*. *Nefrología* 20(4): 390, 2000.
5. Bujalance Cabrera FM, Herrera Merino N, Salvador Fernández M, Escudero Escudero J, Sierra Ortega MA, Oliva Díaz C, Martínez Veiga JL. Surgical treatment of sclerosing encapsulating peritonitis. *Cir Esp* 81(3): 139-43, 2007.
6. Juror BJ, McMillan MA: Immunosuppression in sclerosing peritonitis. *Adv Perit Dial* 9: 187, 1993.
7. Moustafellos P, Hadjianastassiou V, Roy D, Velzeboer NE, Maniakyn N, Vaidya A, Friend PJ: Tamoxifen therapy in encapsulating sclerosing peritonitis in patients after kidney transplantation. *Transplant Proc* 38(9): 2913-4, 2006.
8. Rottembourg J, Gahl GM, Poignet JL, Mertani E, Strippoli P, Langois P, Tranbaloc P, Legrain M: Severe abdominal complications in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Proc Eur Dial Transplant Assoc* 20: 236-242, 1983.
9. Selgas R, Bajo MA, Cirugeda A, Del Peso G, Aguilera A, Gil F, Fernández-Perpen A, Álvarez V, Sánchez-Tomero JA, López-Cabrera M, Sánchez-Madrid F. Early diagnosis, prevention and treatment of the peritoneal sclerosis syndromes. *Nefrología* 23 (Supl. 3): 38-43, 2003.