

lated to renal disease. The Libman-Sacks endocarditis was described for the first time in 1924, is characterized for verrucous lesions in the surfaces valves and has been intimately associated with the presence of antiphospholipid antibodies. We send a case of a patient in program of Dialysis peritoneal that presented an Libman-Sacks endocarditis and hemoperitoneum.

Key words: Antiphospholipid syndrome. Endocarditis. Peritoneal dialysis. Hemoperitoneum.



Figura 1.

Sr. Director: La incidencia de hemoperitoneo en diálisis varía del 6% hasta el 57% en mujeres premenopáusicas¹. El sangrado peritoneal puede ser el resultado de un proceso relacionado con la diálisis o no estar relacionado con la enfermedad renal.

La endocarditis de Libman-Sacks se describió por primera vez en 1924, se caracteriza por lesiones de tipo verrugoso implantadas en las superficies valvulares y está íntimamente ligada a la presencia de anticuerpos antifosfolípido^{2,3}. Enviamos el caso de una paciente en programa de Diálisis peritoneal que presentó una endocarditis de Libman-Sacks, y cursó con hemoperitoneo.

Se trata de una paciente de 51 años con ERC secundaria a Nefropatía mesangial IgA. La cual inició tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal en mayo de 2006. La paciente tenía antecedentes de un aborto en el sexto mes de gestación en 1981 y de trombosis de FAVI en 1989.

Había ingresado en agosto de 2006 por clínica compatible con ACV (parecia facial y disartria). Durante dicho ingreso, en el estudio del cuadro presentado y mediante ecocardiografía se diagnosticó de endocarditis sobre válvula nativa aórtica. Se considera que la ecocardiografía doppler es la técnica de elección para efectuar el diagnóstico de endocarditis, con incidencias de afectación valvular entre el 18 y 50%⁴. Su incidencia es a mayor si se utiliza la ecocardiografía transesofágica⁵. En nuestra paciente la ecocardiografía transtorácica mostraba una imagen de vegetación alargada, dependiente de velo coronario aórtico condicionando cierta insuficiencia aórtica ligera (fig. 1).

La paciente en ningún momento presentó fiebre. En la exploración física no había soplos cardíacos. Los hemoculti-

vos, las serologías víricas y las determinaciones inmunológicas ANAs, antiDNA fueron negativos, siendo positivo el anticoagulante lúpico en 2 determinaciones seriadas. Además mediante resonancia nuclear magnética se vieron imágenes de infartos cerebrales en lóbulo frontal, occipital izquierdo y en hemisferio cerebeloso derecho probablemente secundarios a embolia endocárdica. Asimismo el electrocardiograma mostró isquemia subendocárdica en probable relación con microembolia. La endocarditis de Libman-Sacks suele ser asintomática. Aunque las verrugas pueden fragmentarse y producir embolismos sistémicos⁶, como en nuestro caso. También presentó episodio aislado de hemoperitoneo leve, con estudio ecográfico anodino en el mismo contexto de proceso embolígeno. Las causas más comunes de hemoperitoneo suelen ser ginecológicas, post-trasplante, recolocación de catéter, incremento de la actividad física... Sangrados menores como en nuestro caso pueden aparecer en pancreatitis, esclerosis peritoneal y post-colonoscopia.

Se decidió iniciar tratamiento anticoagulante con Warfarina, previamente la paciente había recibido antibioterapia de amplio espectro, sin datos ecocardiográficos de mejoría. El hemoperitoneo por tratarse de episodio muy leve, no contraindicó la anticoagulación.

El tratamiento de estos pacientes con valvulopatía incluye profilaxis de endocarditis, tratamiento antiagregante o anticoagulante y en casos seleccionados sustitución valvular si la afectación valvular es severa. El papel del tratamiento con corticoides en la evolución de la valvulopatía está aún sin determinar⁷.

Con el tratamiento anticoagulante asistimos a la desaparición de la verruga en la ecocardiografía de control.

En nuestro caso, los antecedentes de aborto, una trombosis, la presencia de anticoagulante lúpico positivo y la excelente evolución con el tratamiento anticoagulante confirmarían el infrecuente diagnóstico.

1. Greenberg A, Bernardini J, Piraino BM y cols. Hemoperitoneum complicating chronic peritoneal dialysis: single-center experience and literature review. *Am J Kidney Dis* 19: 252, 1992.
2. Turiel M, Sarzi-Puttini P, Peretti R, Bonizzato S, Muzzupappa S, Atzeni F, Rossi E, Doria A. Five-year follow-up by transesophageal echocardiographic studies in primary antiphospholipid syndrome. *Am J Cardiol* 96: 574, 2005.
3. Farzaneh-Far A, Roman MJ, Lockshin MD, Devereux RB, Paget SA, Crow MK, Davis A, Sammaritano L, Levine DM, Salmon JE. Relationship of antiphospholipid antibodies to cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 54: 3918, 2006.
4. Cervera R, Font J, Paré C, Azqueta M, Pérez-Villa F, López-Soto A, Ingelmo M. Cardiac disease in systemic lupus erythematosus: prospective study of 70 patients. *Ann Rheum Dis* 51: 156-9, 1992.
5. Roldan CA, Shivaly BK, Lau CC, Gurule FT, Smith EA, Crawford MH. Systemic lupus erythematosus valve disease by transesophageal echocardiography and the role of antiphospholipid antibodies. *J Am Coll Cardiol* 20: 1127-34, 1992.
6. Roldan CA. Valvular disease associated with systemic illness. *Cardiol Clin* 16: 531, 1998.
7. Fluturu A, Chaudhari S, Frishman WH. Valvular heart disease and systemic lupus erythematosus: therapeutic implications. *Heart Dis* 5: 349-53, 2003.

A. Sastre López, V. Mascarós Ferrer, V. Íñigo Vanrell y J. M. Gascó Company

Servicio de Nefrología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Correspondencia: Aránzazu Sastre López aranchasastre@hotmail.com. Hospital Huca. Avda. Fernández Ladreda, 30. 24005 León.

Hemotórax tardío tras la implantación de catéter yugular izquierdo para hemodiálisis

Nefrología 2008; 28 (1) 115-116

Sr. Director: La canalización de accesos vasculares centrales temporales o

permanentes es una práctica habitual en los pacientes en hemodiálisis cuando no se dispone de un acceso vascular interno. La cateterización de la vena yugular interna es, en el momento actual, el acceso vascular de elección por presentar menos riesgos y complicaciones (15% complicaciones mecánicas, infecciosas o trombóticas)¹. La punción arterial o el hematoma secundario, son las complicaciones mecánicas más frecuentes. Por el contrario, la incidencia de hemotórax o neumotórax es inferior al 0,2%, y se presenta de forma inmediata a la punción².

Presentamos el caso de una mujer de 72 años, con antecedentes de HTA, e IRC secundaria a nefroangioesclerosis en hemodiálisis desde el 2000. La paciente era portadora de un catéter permanente en vena yugular derecha implantado 5 años antes, no funcionando, que no se logró repermeabilizar con uroquinasa, por lo que estaba pendiente de ser retirado. Ante el déficit de accesos vasculares internos, se implantó un catéter transitorio en vena yugular izquierda de menor longitud a la habitual (16 cm en lugar de 19 cm). La radiografía posterior evidenció buena colocación. Por mal funcionamiento del catéter a los 19 días se recambió a través de una guía metálica (16 cm). No se realizó control radiológico posterior. En las sesiones de hemodiálisis sucesivas el flujo del catéter no superó los 200 mL/min, por lo que se manipuló de forma reiterada.

A los 29 días, la paciente acude a hemodiálisis refiriendo disnea y dolor escapular derecho. Al iniciar la sesión, se extrajo líquido claro por la rama arterial y hemático por la venosa. La radiografía de tórax urgente (fig. 1) mostró derrame pleural derecho. Se extrajeron 700 cc de líquido claro a través de la rama arterial (seroma) y se retiró el catéter. La paciente fue dializada sin heparina a través de un catéter femoral derecho. A los 15 minutos de finalizar la hemodiálisis la paciente inició un cuadro súbito de dolor costal derecho, disnea, sufriendo una parada cardiorespiratoria. La exploración física reveló hipoventilación pulmonar derecha. La analítica mostró descenso de la hemoglobina y la radiografía de tórax opacidad pulmonar derecha completa. Con la sospecha de hemotórax masivo se colocó un tubo de tórax y se iniciaron maniobras de resucitación. La pa-



Figura 1. Radiografía de Tórax que evidencia derrame pleural derecho por impactación de catéter yugular izquierdo en el espacio pleural.

ciente fue trasladada a la UVI donde permaneció 72 horas, pasando posteriormente a nuestra Unidad de Hospitalización sin secuelas.

La cateterización de la vena yugular interna, no está exenta de complicaciones. La aparición de hemotórax masivo es poco frecuente, ocurre de forma inmediata a la punción, y es más habitual tras la canalización de la vena subclavia. En nuestro caso, el hemotórax ocurrió 29 días después de la canalización del acceso vascular debido a la retirada del catéter yugular izquierdo, que taponaba la fístula vásculo-pleural creada por la impactación de dicho catéter.

El hecho de que se tuviera que canalizar la vena yugular izquierda en lugar de la derecha (ocupada por un catéter permanente pendiente de ser retirado), la sustitución por un catéter corto (16 cm) y las manipulaciones reiteradas del mismo debido al escaso flujo, fueron determinantes en la perforación hacia el espacio interpleural³. El hemotórax masivo fue consecuencia de la retirada del mismo. Quizá esta maniobra debería haberse realizado tomando alguna medida preventiva (retirada en la UVI).

El uso masivo de catéteres para hemodiálisis en los pacientes con problemas de accesos vasculares, incrementa la morbi-mortalidad. Es de vital importancia, una remisión precoz al nefrólogo y la interrelación con los cirujanos y radiólogos vasculares para conseguir accesos vasculares adecuados.

El control radiológico debe realizarse tras la canalización y recambio del acceso vascular para poner de manifiesto su correcta ubicación, y la ausencia de complicaciones, aunque algunos autores lo cuestionen⁴.

En resumen, en la inserción de catéteres temporales se debe considerar la longitud adecuada, la correcta posición tras la implantación o recambio, y evitar, en lo posible, la manipulación de los mismos.

1. Ruesch S, Walder B, Tramer MR. Complications of central venous catheters: internal jugular versus subclavian access - A systematic review. *Crit Care Med* 30 (2): 454-460, 2002.
2. McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. *N Engl J Med* 348 (12): 1123-33, 2003.
3. Merino JL, Galeano C, Chinchilla A, Sánchez J. Impactación de un catéter permanente tunelizado para hemodiálisis en la vena yugular, una complicación excepcional. *Nefrología* 26 (3): 395-6, 2006.
4. Lucey B, Varghese JC, Haslam P, Lee MJ. Routine Chest Radiographs after central line insertion: mandatory postprocedural evaluation or unnecessary waste of resources? *Cardiovasc Intervent Radiol* 22 (5): 381-4, 1999.

P. Fraile, P. G. Cosmes, V. García-Bernalt y J. M. Tabernero
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca.

Correspondencia: Pilar Fraile Gómez
pilarfg9@hotmail.com. Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente, 58. 37007 Salamanca.

Insuficiencia renal secundaria a linfoma linfoplasmocítico-macroglobulinemia de Waldenstrom

Nefrología 2008; 28 (1) 116-117

Sr. Director: La Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) es un trastorno linfoproliferativo caracterizado por la secreción de inmunoglobulina monoclonal tipo IgM, que se observa en pacientes con linfoma linfoplasmocítico y en ocasiones con otros linfomas de células B pequeñas. Se caracteriza por la infiltración linfoplasmocítica de médula ósea, ganglios linfáticos, bazo y ocasionalmente de otros tejidos y órganos como el riñón. Existe controversia sobre si el linfoma linfoplasmocítico y la MW son una misma entidad^{1,2}.

La enfermedad renal es debida fundamentalmente a depósitos de IgM en la membrana basal glomerular e infil-