

del 1% de los niños y un porcentaje algo mayor en los adultos^{6,7,9}. El tratamiento se basa en hipotensores, diuréticos y antibióticos, pero puede precisarse hemodiálisis^{1,3,8}. La inmunosupresión está indicada en la glomerulonefritis con «semilunas»⁵. El tratamiento esteroideo parece tener resultados favorables en adultos con GNAPE y síndrome nefrótico³.

Varón de 78 años que ingresa por insuficiencia cardíaca de 48 horas de evolución y oligoanuria con deterioro de la función renal en la última semana. En la analítica destaca Crp 4,2 mg/dl (previa 1,4 mg/dl) microhematuria y proteinuria 500 mg/dl. Dos semanas antes había presentado faringoamigdalitis aguda y gota, indicándosele tratamiento con AINES y colchicina. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e hiperplasia de próstata. Afebril y eupneico, con buen estado general, e hipertenso, presentaba crepitantes pulmonares bibasales y edemas con fóvea en miembros inferiores. En las pruebas complementarias resalta el deterioro del filtrado glomerular, hiperuricemia, hipoalbuminemia, anemia y leucocitosis leve, VSG, Factor reumatoide y ASLO elevados, y C3 disminuido, resto de estudio inmunológico normal, lípidos y proteinograma sérico normal. Proteinuria selectiva. Bence-Jones: negativa. Urocultivo: negativo. Ecografía Abdominal: Riñones de aspecto y configuración normal. Ecocardiograma: normal. Rx. Tórax: signos de redistribución. Exudado Faringoamigdalal: Estreptococo Beta-hemolítico.

Iniciamos tratamiento con furosemida e hipotensores consiguiendo balances negativos, suspendimos IECAS y AINES. El paciente presentó mejoría clínica con control adecuado de TA, manteniéndose igual la función renal. Al recibir los resultados del estudio inmunológico y por sospecha de GNAPE comenzamos tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico por vía oral durante 2 semanas, evidenciándose empeoramiento de la función renal, por lo que se realiza biopsia renal tras 20 días de ingreso.

Biopsia Renal: Glomerulonefritis proliferativa difusa mesangial y endocapilar (11% de esclerosis glomerular, 22% de semilunas epiteliales, aumento difuso de la celularidad mesangial y endotelial, infiltrado inflamatorio crónico en el intersticio. Inmunofluorescencia: depósitos granulares en las membranas basales y mesangio de C3, IgG e IgA, C4, C1q.) (fig. 1).

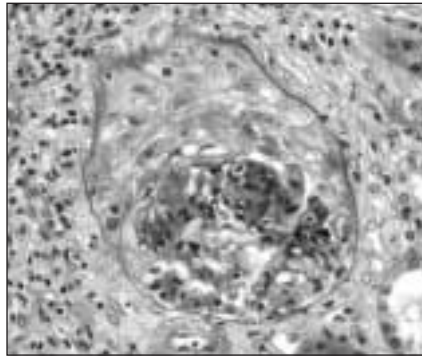


Figura 1. Hiper celularidad extracapilar extensa (semiluna epitelial) y proliferación mesangial glomerular. PAS 40x aprox.

Se inició Prednisona a dosis de 1 mg/kg/día, y recibió Penicilina G sódica intravenosa durante catorce días, precisando hemodiálisis. Al alta había perdido 6 kg de peso, el frotis faríngeo era negativo, el complemento C3 había aumentado y la función renal había mejorado (Creat 3,1 mg/dl). Recibió esteroides durante 17 meses, consiguiéndose buen control de la presión arterial con 4 fármacos. El complemento sérico tras dos meses, y el ASLO tras 6 meses eran normales. Actualmente se encuentra normotenso, con buen estado general y función renal estable (Crp 1,8 mg/dl).

Existen pocos casos publicados sobre GNAPE en ancianos, quizá debido a la baja incidencia en este grupo de edad, por lo cual no hay un consenso sobre la evolución en este grupo de pacientes, aunque se acepta la indicación de biopsia renal temprana ya que el cuadro clínico puede confundirse con otras patologías, y a que presenta peor evolución. Esta justificado iniciar un tratamiento inmunosupresor con prednisona u otros agentes, cuya elección y duración del tratamiento debe individualizarse según el criterio del facultativo.

1. Rodríguez-Isturbe, B. Glomerulonefritis endocapilar aguda. En: Hernando L, Aljama P, Arias M (Ed): Nefrología Clínica 2.ª Edición. Editorial Médica Panamericana. pp. 308-314, Madrid-España, 2004.
2. Lavjay Butani. Prolonged hypocomplementaemia after post-streptococcal glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transplant* 16: 869, 2001.
3. Raff A, Hebert T, Pullman J, Coco M. Crescentic post-streptococcal glomerulonephritis with nephritic syndrome in the adult: is aggressive therapy warranted? *Clin Nephrol* May; 63 (5): 375-80, 2005.
4. Hsu YH, Yang AH, Chen TW, Huang TP. Focal segmental glomerulosclerosis after

poststreptococcal glomerulonephritis in the elderly: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* May; 61 (5): 301-5, 1998.

5. Vijayakumar M. Acute and crescentic glomerulonephritis. *Indian J Pediatr* Dec; 69 (12): 1071-5, 2002.
6. Baldwin DS. Poststreptococcal glomerulonephritis. *Am J Med* 1077; 62: 1
7. Pinto SW, Sesso R, Vasoncelos E y cols. Follow-up of patients with epidemic poststreptococcal glomerulonephritis. *Am J Kidney Dis* 38: 249, 2001.
8. Couser WG. Glomerulonephritis. *The Lancet* May (9163): 509-515, 1999.
9. Melby PC, Musick WD, Luger AM, Khanna R. Poststreptococcal glomerulonephritis in the elderly. Report of a case and review of the literature. *Am J Nephrol* 7 (3): 235-40, 1987.

R. Pérez Morales, J. Pérez Martínez, F. Llamas Fuentes y E. Andrés Mompean

Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Correspondencia: Rosa Pérez Morales rosa5ve@hotmail.com. Hospital de Albacete. Calle Hermanos Falcó. 02002 Albacete.

Hemoperitoneo y endocarditis

Nefrología 2008; 28 (1) 114-115

Resumen

La incidencia de hemoperitoneo en diálisis varía del 6% hasta el 57% en mujeres premenopáusicas. 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. Enviamos el caso de una paciente en programa de diálisis peritoneal que presentó una endocarditis de Libman-Sacks, y cursó con hemoperitoneo.

Palabras clave: Síndrome antifosfolípido. Endocarditis. Diálisis peritoneal. Hemoperitoneo.

Summary

The incidence of hemoperitoneum varies from 6% to 57% in premenopausal women. Bloody peritoneal dialysate may be the result of the peritoneal dialysis procedure or may be due to factors unre-

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.

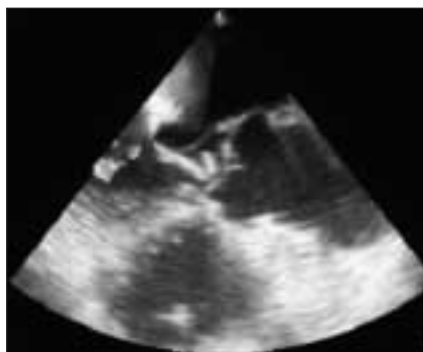


Figura 1.

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