

## Pancreatitis de repetición en un paciente en diálisis peritoneal

Nefrología 2009;29(1):89.

### Sr. Director:

Describimos el caso de un paciente en diálisis peritoneal que sufrió dos brotes de pancreatitis aguda en cuatro meses.

Varón de 27 años que acudió a la Unidad de Diálisis refiriendo epigastralgia de 12 horas de evolución y vómitos. Antecedentes personales: enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a nefropatía diabética. Peritonitis aguda por *Staphylococcus epidermidis* en septiembre, con recaída en octubre, tratada con vancomicina con negativización de los cultivos y normalización de los recuentos celulares.

En la exploración física destacaba epigastralgia marcada. Recuento celular: 50 leucocitos (65% PMN), amilasa 423 UI. Otros datos analíticos: leucocitosis 25.700 (92% de neutrófilos), urea 106 mg/dl, creatinina 9,4 mg/dl, PCR 24 g/l, amilasa 173 UI/l. Cultivos de líquido peritoneal negativos. Ante la presencia en líquido peritoneal de amilasas >100 UI/l y la sospecha clínica de pancreatitis, se efectuó Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal: rarefacción de grasa peripancreática y gran cantidad de líquido libre, fundamentalmente peripancreático y perihepático (figura 1). Inicialmente, evolucionó favorablemente. Se mantuvo en diálisis peritoneal y se descartaron causas metabólicas o infecciosas de la pancreatitis. Cuatro días después del ingreso, el paciente presentó fiebre y líquido peritoneal con más 100 leucocitos (80% PMN/amilasas <100 UI). Ante los antecedentes de una peritonitis previa por *Staphylococcus epidermidis* con recaída posterior, se decidió retirar catéter peritoneal y transferir a hemodiálisis. La evolución posterior fue favorable, con desaparición de la fiebre y mejoría clínica.

Dos meses después de la retirada del catéter, y por preferencia de la técnica, reinicia diálisis peritoneal. A los dos días, acude nuevamente con cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda, confirmado con el recuento celular de leucocitos 153 (26% PMN), amilasa 418 y la presencia en TAC abdominal de pancreatitis aguda moderada. Al ingreso, se inicia tratamiento antibiótico, reposo digestivo y fluidoterapia. Se cesa la diálisis peritoneal y se transfiere a hemodiálisis. El paciente evolucionó favorablemente. Se realizó peritoneografía TAC, no objetivándose paso de contraste a retroperitoneo. Al alta, se suspendió definitivamente la diálisis peritoneal por su relación temporal con los episodios de pancreatitis. En la actualidad, el paciente lleva 14 meses en hemodiálisis, sin haber presentado nuevos episodios de pancreatitis.

La pancreatitis aguda es una complicación frecuente de los pacientes en diálisis peritoneal. Se han sugerido como factores causantes: anomalías metabólicas (absorción de glucosa y taponones del líquido de diálisis), estímulos infecciosos (brotes repetidos de peritonitis) o la irritación del páncreas a través del agujero epiploico, debido a su hipertonicidad o a su pH ácido.

Nuestro paciente no presentaba factores metabólicos o infecciosos reseña-



Figura 1.

bles y quizás debía existir una anomalía anatómica del páncreas que, junto con el estímulo infeccioso de la peritonitis, favorecían que el paciente sufriera pancreatitis de repetición.

1. Sombolos K, McNamee P, Mitwali A, Rabinovich S, Oreopoulos DG. Autopsy findings in patients treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Perit Dial Bull* 1986;6:130-5.
2. Pannekeet MM, et al. Acute Pancreatitis during CAPD in the Netherlands. *Nephrol Dial Transplant* 1993;8:1376-81.
3. Bruno MJ, et al. Acute pancreatitis in peritoneal dialysis and hemodialysis: risk, clinical course, outcome and possible aetiology. *Gut* 2000;46:385.
4. Donnelly S, Levy M, Prichard S. Acute pancreatitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Perit Dial Int* 1988;8:187-90.
5. Gupta A, Vi Vuan Z, Balaskas E, Khanna R, Oreopoulos D. CAPD and Pancreatitis: No Connection. *Perit Dial Int* 1992;12:309-16.

**E. Torregrosa de Juan, J. Hernández, R. Pons, H. García, C. Calvo, A. Rius, J.J. Sánchez, M.A. Fenollosa, E. Tamarit, I. Rico, T. Carbajo**

Servicio de Nefrología. Hospital General de Castellón. Castellón.

**Correspondencia:** Eduardo Torregrosa  
Servicio de Nefrología. Hospital General de Castellón. Castellón.  
torregrosa\_edu@gva.es

## Serología vírica en los pacientes transeúntes en hemodiálisis. ¿Qué es razonable solicitar?

Nefrología 2009;29(1):89-90.

### Sr. Director:

En las Guías Clínicas de la SEN sobre Centros de Hemodiálisis, en el capítulo 7 referente a la normalización de criterios para la atención de los pacientes de forma transitoria, se hace constar que las Unidades de Diálisis deben disponer de un procedimiento elaborado de admisión y remisión de los pacientes que