

⁴ Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Hospital Universitario de Salamanca.

Correspondencia: C. Rosado Rubio

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca. P.º de San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca.

crosadorubio@hotmail.com

Caso clínico: paciente en diálisis peritoneal con líquido peritoneal turbio tras la toma de antagonistas del calcio

Nefrología 2011;31(5):624

doi:10.3265/Nefrología.pre2011.Jun.10968

Sr. Director:

La turbidez del líquido (LP) de diálisis peritoneal (DP) puede deberse a incrementos de constituyentes celulares o no celulares del fluido peritoneal. Los leucocitos polimorfonucleares pueden aumentar por inflamación intraperitoneal o yuxtaperitoneal o bien en el contexto de una peritonitis química inducida por fármacos. El incremento de eosinófilos representa una respuesta a aire peritoneal o por reacción alérgica a algún componente del sistema de diálisis. La presencia de hematíes puede deberse a muchas causas. Los monocitos o células malignas son poco frecuentes. En cuanto a las causas no celulares con cultivo negativo, se limitan a fibrina o a triglicéridos elevados: obstrucción linfática, pancreatitis, traumatismo del catéter, antagonistas del calcio (AC) dihidropiridínicos o síndrome de vena cava superior.

Se ha publicado la presencia de quiloperitoneo con lercanidipino, manidipino y algún caso con nifedipino. En 1993 se describió la presencia de LP turbio secundario a la administración de manidipino en cinco de ocho pacientes en DP en las primeras 24 horas tras el inicio del tratamiento (10-20 mg/día). El aspecto del LP era indistinguible del LP turbio de origen infeccioso, si bien los pacientes no presentaban las manifestaciones clínicas habituales (náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal), leucocitos <10 células/μl y

cultivo para hongos y bacterias aeróbicas y anaeróbicas, negativo. Destacaban cifras de triglicéridos comprendidas entre 120 y 320 mg/dl. En ningún caso hubo modificación de los niveles séricos de triglicéridos ni antes ni después de la toma de manidipino, pero sí se normalizaron las cifras de triglicéridos en LP tras la retirada del fármaco.

Posteriormente, un estudio retrospectivo con 251 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en tratamiento con AC observó LP turbio en 19 casos. Cuatro pacientes que recibían AC tuvieron LP turbio: con benidipino (dos de dos pacientes [100%]), con manidipino (15 de 36 [42%]), con nisoldipino (uno de 11 [9%]) y con nifedipino (uno de 59 [0,6%]). Ninguno de los pacientes que tomaron nicardipino (25), nilvadipino (siete), nitrendipino (dos), barnidipino (uno) o dialtiazem (ocho) presentaron turbidez del líquido.

Un grupo de Taiwán describe la presencia de quiloperitoneo en 14 de 222 pacientes en relación con la toma de lercanidipino.

Presentamos el caso de una mujer de 44 años con insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I, en programa de DPCA desde junio de 2010, sin episodios previos de peritonitis bacteriana, en tratamiento con furosemida 160 mg/día, olmesartán 40 mg/día, ramipril 10 mg/día, nifedipino oros 60 mg/día, bisoprolol 10 mg/día, doxazosina 16 mg/día, carbonato cálcico 3 g/día, carbonato de lantano 1.500 mg/día, rosuvastatina 5 mg/día, ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg, Nepro® y aranesp 60 μg/quincenal.

Consulta por LP turbio, sin fiebre ni dolor abdominal. Dos días antes se había modificado el tratamiento hipotensor, cambiando nifedipino por manidipino, en un intento de mejorar sus edemas periféricos crónicos. Se descarta una peritonitis bacteriana y es citada 48 horas después para control de citología. Aporta LP turbio de aspecto lechoso con presencia de 4 leucocitos/μl y triglicéridos

(119 mg/dl). En el plasma, los niveles de colesterol y triglicéridos son normales (180 y 76 mg/dl, respectivamente). Ante la sospecha de quiloperitoneo secundario a la toma de manidipino, se suspende dicho fármaco y se realiza nuevo control en 24 horas, constatándose LP claro y ausencia de triglicéridos en él.

Dada la hipertensión severa mantenida de la paciente, se añade aliskiren a dosis de 300 mg/día y se reintroduce el nifedipino oros a dosis de 30 mg/día.

Por tanto, podemos concluir que el aspecto lechoso del LP en nuestra paciente estaba relacionado con la introducción de manidipino, puesto que tras su retirada se normalizan tanto el aspecto como la cifra de triglicéridos del LP. Sin embargo, a pesar de haber estado previamente en tratamiento con nifedipino, en ningún momento presentó dichos cambios, lo que a su vez coincide con los resultados obtenidos en los estudios anteriormente citados.

1. Yang WS, Huang JW, Chen HW, Tsai TJ, Wu KD. Lercanidipine-induced chyloperitoneum in patients on peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2008;28(6):632-6.
2. Yoshimoto K, Saima S, Echizen H. A drug-induced turbid peritoneal dialysate in five patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Clin Nephrol* 1993;40(2):114-7.
3. Yoshimoto K, Saima S, Nakamura Y. Dihydropyridine type calcium channel blocker-induced turbid dialysate in patients undergoing peritoneal dialysis. *Clin Nephrol* 1998;50(2):90-3.
4. Teitelbaum I. Cloudy peritoneal dialysate: it's not always infection. *Contrib Nephrol* 2006;150:187-94.

M.C. Viñolo López, P.C. Gutiérrez Rivas, A. Liébana Cañada, J.M. Gil Cunquero, E. Merino García

Área de Nefrología.

Complejo Hospitalario de Jaén.

Correspondencia: M.C. Viñolo López

Área de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital, 14, 2.º B. 04002 Jaén.

sonrisajaj@hotmail.com

capguti@hotmail.com