

CARTAS AL DIRECTOR

El catéter peritoneal y su reposición

J. C. Rodríguez-Pérez

Sr. Director:

En el último número de NEFROLOGÍA ¹ aparece una carta sobre reposición de catéteres peritoneales, respecto a la cual me gustaría hacer algún tipo de anotación.

Desde hace siete-ocho años, la llegada de la diálisis peritoneal continua ambulatoria incrementó la experiencia de los equipos de nefrología en el manejo de los pacientes y sus complicaciones en esta técnica. La principal y más frecuente complicación de la DPCA es la peritonitis. Junto a ésta son frecuentes la infección del túnel subcutáneo y del orificio de la implantación. En nuestra experiencia, tres de cada 10 pacientes que se incluyen en diálisis peritoneal presentan una infección del orificio de implantación o del túnel. Nosotros no usamos antibióticos profilácticos salvo en la implantación de catéteres Toronto (TWH-II). Otro problema planteado habitualmente es la desviación del extremo distal del catéter. El 12 % de los pacientes de nuestro programa, que eran portadores de catéteres Tenckhoff (de una o dos almohadillas), presentaron problemas de drenaje, comprobándose radiológicamente un desplazamiento del extremo distal del catéter fuera de la pelvis.

El Tenckhoff 2 (T-2) es el catéter más frecuentemente utilizado en todo el mundo; nosotros, sin embargo, dejamos de utilizarlo desde 1982 por la dificultad que planteaban cuando existía un desplazamiento de su extremo distal fuera de la pelvis, que obligaba a la apertura del orificio de implantación y recolocación o a la retirada del mismo y a implantar uno nuevo.

Sin embargo, varias alternativas se publicaron para tratar de solucionar esta situación ².

El uso del Tenckhoff de una sola almohadilla (T-1), la introducción en el mercado de nuevos catéteres, modelos Toronto, Goldberg, etc., han reducido las dificultades planteadas por el T-2.

El T-1 viene siendo utilizado por nosotros junto con el modelo TWH-II desde hace varios años, mediante implantación pararectal-infraumbilical. De esta manera, si existiera alguna mal colocación del extremo distal del catéter peritoneal T-1, efectuaríamos, al igual que en todas las unidades de diálisis peritoneal, la recolocación mediante un fiador metálico de punta roma.

De todas formas, esta técnica trae consigo una complicación que los autores de la citada carta no comunican, y es la aparición de peritonitis, motivo por el cual nosotros esta manipulación la dejamos como una de las últimas alternativas. Otras complicaciones descritas son las perforaciones viscerales y/o vasculares ya comunicadas en los libros sobre diálisis peritoneal ³. Otro de los aspectos que habría que comunicar es la causa por la que el extremo distal del catéter se desvía fuera de la pelvis y cuánto tiempo permanece en su lugar adecuado tras la recolocación con fiador.

Creo que el catéter Tenckhoff de una y dos almohadillas tiene su papel en las unidades de diálisis peritoneal. La llegada de los nuevos catéteres Toronto, Goldberg y Goretex, así como los próximos que vengan con material de mayor biocompatibilidad, evitarán una serie de complicaciones que todavía existen en nuestra época.

Bibliografía

1. Valdecantos E, Romero A, Polo JR y Luño J: Método incruento para reposición de catéteres peritoneales desplazados. *Nefrología* 5:169-170, 1985.
2. Korten G, Arendt R, Bruggmann E y Klein B: Recolocation of a peritoneal catheter without surgical intervention. *Perit Dial Bull* 3:46, 1983.
3. Nolph KD: *Peritoneal Dialysis* (Ed). Martinus-Nijhoff Publishers, 1985, 455-456.

Esta carta fue remitida a los autores del trabajo citado (NEFROLOGÍA 5:169-170, 1985), que nos enviaron la siguiente respuesta:

* * *

Dr. E. Valdecantos, Dr. A. Romero, Dr. J. R. Polo y Dr. J. Luño

Doctor Esquerdo, 46
28007 Madrid

Sr. Director:

Con respecto a los comentarios a nuestra carta sobre reposición de catéteres peritoneales ¹ del doctor J. C. Rodríguez-Pérez, tenemos que manifestar que estamos prácticamente de acuerdo con sus aseveraciones. En nuestra experiencia, el uso de catéteres de un solo manguito no sólo facilita la recolocación con fiador en caso de malposición o simplemente de malfunción, sino que evita los frecuentes problemas de exclusión del manguito por sepsis del dacron. Desde la publicación de la anterior carta llevamos un total de siete reposiciones. Uno de los pacientes ha nece-

sitado otra reposición posterior. Todos los catéteres han funcionado bien, excepto uno que ha tenido que ser retirado por hernia pericatéter. Hemos tenido una peritonitis postreposición, tratada con éxito con antibióticos. El fiador, de punta roma, está diseñado de manera que ésta termina 5 cm. antes de la terminación del catéter, de forma que no se lesionen las estructuras abdominales pélvicas. De todas maneras, evitamos realizar maniobras bruscas y en ningún modo forzadas, por lo que, además de los siete catéteres reposicionados con éxito con fiador, abandonamos este proceder en dos pacientes en que con suave movilización no se pudo avanzar el fiador suficientemente.

Bibliografía

1. Valdecantos E, Romero A, Polo JR y Luño J: Método incruento de reposición de catéteres peritoneales desplazados. *Nefrología* 5:169-170, 1985.