

## Fístula enterocutánea. Una nueva complicación en diálisis peritoneal

L. Hortal, J. C. Rodríguez Pérez, N. Vega y J. Ramírez Felipe \*

Servicio de Nefrología y \* Cirugía General. Hospital Nuestra Señora del Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

Señor director:

La complicación más frecuente y más importante de la diálisis peritoneal continúa siendo la peritonitis, constituyendo las causadas por hongos un apartado poco frecuente, oscilando, según los diversos autores, entre el 2<sup>1</sup> y el 10,4 %<sup>2</sup> del total de las peritonitis del programa.

La característica clínica más importante de este tipo de peritonitis es su alta morbilidad<sup>3</sup>, a pesar de los nuevos protocolos de tratamiento<sup>2, 4</sup>.

Hemos tenido ocasión de estudiar a una paciente de sesenta años en programa de DPI hospitalaria mecanizada desde 1981 (la paciente se negó a pasar a CAPD) por IRC terminal secundaria a poliquistosis renal del adulto. Presentó dos episodios de peritonitis bacteriana en 1981 y 1982. En agosto de 1986 se diagnosticó una peritonitis por *Candida tropicalis*, a la que se aplicó el protocolo de tratamiento ya descrito anteriormente<sup>4</sup>, con el que se consiguió la curación microbiológica de la peritonitis. Ante la sospecha de punción de un vaso abdominal al colocar un nuevo catéter de diálisis peritoneal, se realiza laparotomía exploradora, encontrándose un importante tabicamiento de la cavidad peritoneal, por lo que se desiste de utilizar el peritoneo como membrana dializante, pasando la enferma a programa de hemodiálisis periódica.

En diciembre de 1986 se aprecia un plastrón inflamatorio en hipocondrio izquierdo, con una fístula a la pared abdominal, que se abre periódicamente y drena un contenido purulento, en el que se han aislado *Estafilococo epidermidis*, *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis*. Se realiza fistulografía (fig. 1), donde se observa una comunicación entre la pared abdominal y el intestino delgado a través del plastrón inflamatorio, drenando alternativamente al exterior y a la luz intestinal, llegándose al diagnóstico de fístula enterocutánea. Asimismo, en la radiografía simple de abdomen se apreciaron múltiples calcificaciones diseminadas del peritoneo que antes de la peritonitis fúngica no existían.



Fig. 1.—Fistulografía donde se objetiva la comunicación enterocutánea a través de una cavidad en la pared abdominal.

Dentro de las complicaciones de la diálisis peritoneal, la perforación del peritoneo posterior<sup>5</sup> y del colon<sup>6</sup> han sido asociadas a un traumatismo causado por el catéter o a episodios repetidos de peritonitis bacterianas<sup>7</sup>.

También se ha descrito en casos aislados la perforación de intestino delgado en pacientes trasplantados, en los que se deja el catéter de diálisis peritoneal, atribuyéndose a la inmunosupresión un papel importante en la perforación intestinal<sup>8</sup>.

La fístula enterocutánea como secuela de una peritonitis fúngica, llegando a producir una comunica-

Correspondencia: Dr. José Carlos Rodríguez Pérez.  
Servicio de Nefrología.  
Hospital Nuestra Señora del Pino.  
35004 Las Palmas de Gran Canaria.

ción del intestino delgado con el exterior a través de un plastrón inflamatorio, es una nueva complicación de la diálisis peritoneal.

Por otra parte, la calcificación difusa del peritoneo se ha atribuido a un hiperparatiroidismo florido<sup>9</sup> o a la presencia de acetato en el líquido de diálisis<sup>10</sup>, circunstancias que no concurrieron en esta enferma, relacionándose estas calcificaciones con los lavados peritoneales utilizados como tratamiento de las peritonitis<sup>10</sup>.

### Bibliografía

1. Morton AR, Craig AE, England CM, Hill W, Waldex S y Holmes AM: A logical approach to fungal peritonitis. Abstr S 55, IV Int Symp on Perit Dial, Venice, 1987.
2. Vargemezis V, Papadopoulou ZL, Lianos H, Belechri AM, Natschek T, Vergoulas G, Antoniadou R, Kilintzis V y Papadimitriou M: Management of fungal peritonitis during continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Bull* 6:17-20, 1986.
3. Tapson JS, Mansy H, Freeman R y Wilkinson R: The high morbidity of CAPD fungal peritonitis. Description of 10 cases and review of treatment strategies. *Quat J Med* 235:1047-1053, 1986.
4. Rodríguez Pérez JC, Plaza Toledano C, Palop Cubillo L, Rodríguez Pérez A y Rodríguez Pérez O: Tratamiento de las peritonitis por hongos en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Nefrología* 6:65-69, 1986.
5. Rodríguez Pérez JC, Palop L, Plaza C y Arrieta J: Perforation and/or laceration of posterior peritoneum in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Perit Dial Bull* 5:141, 1985.
6. Fong Kuo-Xiang y Gui Yang: Peritoneal catheter perforation into the colon. A serious complication of continuous ambulatory peritoneal dialysis. Abstr S 35, III Int Symp on Perit Dial. Washington, 1984.
7. Simkin EP y Wriht FK: Perforating injuries of the bowel complicating peritoneal catheter insertion. *Lancet* 1:64-67, 1968.
8. Pomer S, Rau J, Ziegler T, Zierenberg G, Ritz E y Rambauec M: Traumatic small bowell perforation by Tenckhoff catheter in a renal transplant recipient. Abstr S 60, IV Int Symp on Perit Dial. Venice, 1987.
9. Slingeneyer A, Canaud B, Servel MF y Mion C: Peritoneal calcifications (PC) in maintenance peritoneal dialysis (PD): A search for etiological factors..Abstr S 70, IV Int Symp on Perit Dial. Venice, 1987.
10. Marichal JF, Faller B, Brignon P, Wagner D y Straub P: Progressive calcifying peritonitis: A new complication of CAPD? Report of two cases. *Nephron* 45:229-232, 1987.