

CARTAS AL DIRECTOR

Hidrotórax masivo secundario a punción biopsia hepática ciega en un paciente al iniciar diálisis peritoneal continua ambulatoria

J. L. Górriz, P. Sánchez Pérez, E. Orero y J. Alvariño

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Señor director:

El hidrotórax por paso de dializado desde la cavidad abdominal a la cavidad torácica es una de las complicaciones de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Su frecuencia oscila alrededor del 1,6-2,9%¹. Parece más frecuente en mujeres y en el lado derecho². Su repercusión clínica es muy variable, desde casos oligosintomáticos hasta la insuficiencia respiratoria grave en casos de hidrotórax masivo³. Con frecuencia condiciona la suspensión del tratamiento de modo temporal o permanente⁴. La causa del hidrotórax reside en la existencia de un defecto congénito o adquirido del diafragma y favorecido por el incremento de la presión intraabdominal que tiene lugar durante la DPCA.

Presentamos un caso de hidrotórax masivo yatrogénico a consecuencia de una punción biopsia hepática practicada días antes del inicio de tratamiento con DPCA.

Se trata de un varón de treinta años afecto de insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis crónica que inició tratamiento con hemodiálisis periódica en marzo de 1984. Un año después hubo de ser transferido durante un mes a diálisis peritoneal intermitente debido a un taponamiento cardíaco. No presentó complicaciones relacionadas con la técnica.

En mayo de 1991 le fue implantado un catéter peritoneal de Tenckhoff para iniciar tratamiento con DPCA tras la trombosis de varias fístulas arteriovenosas. Siete días después de la colocación del catéter se efectuó una punción biopsia hepática por la aparición de un brote necrótico hepático severo en el contexto de una posible hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis B. Tres días más tarde se iniciaron los recambios de DPCA. A las veinticuatro horas el paciente refirió dolor súbito en hemitórax derecho y dificultad respiratoria creciente. En la radiografía de tórax se objetivó la presencia de un derrame pleural derecho masivo (fig. 1). Al drenar el dializado a través del

catéter peritoneal, el paciente mejoró espectacularmente y en la radiografía de tórax efectuada horas después se apreciaba una clara disminución del derrame pleural.

Un mes más tarde reinició la DPCA sin complicaciones. En sucesivos controles, la radiografía de tórax demostró la resolución completa del derrame pleural.

Con este caso apuntamos una nueva causa de hidrotórax yatrogénico en pacientes en DPCA. La punción de diafragma y pleura durante la realización de la biopsia hepática fue la causante de la comunicación entre las cavidades torácica y abdominal. La existencia de un defecto congénito en el diafragma parece descartarse al no haber presentado esta complicación mientras se efectuó la diálisis peritoneal intermitente.

Son raras las descripciones de hidrotórax secundario yatrogénico. Maher y cols.⁵ y Aye y cols.⁶ publicaron dos casos de hidrotórax masivo por desgarro traumático del diafragma. Karpiak y cols.⁷ describieron un caso asociado a carcinoma hepático. Se ha sugerido también su posible vinculación con la presencia de peritonitis⁸.

Dada la clara relación entre el inicio de la DPCA, la aparición del hidrotórax y la resolución del mismo tras el drenaje del dializado, no fue necesario efectuar determinaciones de laboratorio sobre el líquido pleural ni otras pruebas diagnósticas —como la instilación de azul de me-

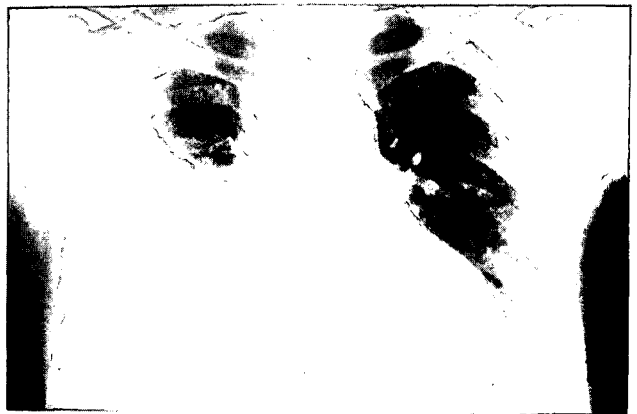


Fig. 1.—Radiografía P-A de tórax mostrando derrame pleural derecho.

Correspondencia: Dr. J. L. Górriz Teruel.
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario La Fe.
Avenida Campanar, 21.
46009 Valencia.

tileno o exploraciones con radionúclidos— para la demostración del paso de líquido a través del diafragma. Aunque su valor es discutido^{11,12}, estos métodos pueden ser útiles en casos dudosos.

Desaconsejamos la realización de biopsia hepática ciega en pacientes que van a iniciar en breve diálisis peritoneal. Sugerimos en su lugar, en caso de estricta indicación clínica, la biopsia por laparoscopia y posponer el inicio de la diálisis peritoneal durante un plazo no inferior a siete o diez días para garantizar la cicatrización.

Bibliografía

1. Nomoto Y, Suga T, Nakagima K y cols.: Acute hydrothorax in continuous ambulatory peritoneal dialysis. A collaborative study of 161 centers. *Am J Nephrol*, 9:363-367, 1989.
2. Benz RL y Schleifer CR: Hydrothorax in continuous ambulatory peritoneal dialysis: successful treatment with intrapleural tetracycline and review of the literature. *Am J Kidney Dis*, 4:136-140, 1985.
3. Edwards S y Unger A: Acute hydrothorax: a new complication of peritoneal dialysis. *J Am Med Assoc*, 199:189-191, 1967.
4. Green A, Logan M, Medawar W y cols.: The management of hydrothorax in continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Bull*, 10:271-274, 1990.
5. Maher JF y Schreiner GE: Hazards and complications of dialysis. *New Engl J Am*, 273:370-377, 1965.
6. Aye AM, Kulatilake AK y Schackman R: Peritoneal dialysis in surgery. *Proc EDTA*, 11:49, 1965.
7. Karpiak D, Rose I y Patch J: Treatment of pleuroperitoneal fistula by obliteration of the pleural space (letter). *Perit Dial Bull*, 4:108-109, 1984.
8. Ceballos M, Gómez C, Otero R y Real M: Derrame pleural agudo coincidiendo con episodio de peritonitis en paciente en CAPD. *Nefrología*, 10:215, 1990.
9. Kennedy JM: Procedures used to demonstrate a pleuroperitoneal communication: a review. *Perit Dial Bull*, 5:168-170, 1985.
10. Abraham G, Shokker A, Blake P y Oreopoulos DG: Massive hydrothorax in patients on peritoneal dialysis: a literature review. *Perit Bull Dial*, 8:121-125, 1988.