

# Hallazgos radiológicos de la peritonitis esclerosante en paciente en diálisis peritoneal

Raquel Sánchez-Oro, Ana M. Julve-Parreño, Marta Rausell-Félix,  
M. Josefa Moreno-Gómez, Julio Palmero-Da Cruz

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Valencia

NefroPlus 2015;7(1):102-4

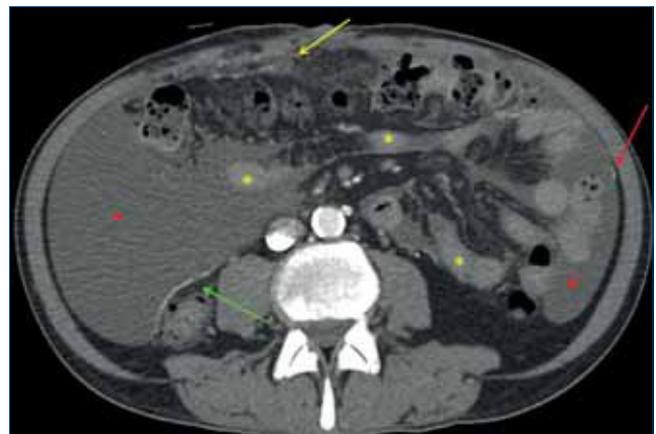
doi:10.3265/NefroPlus.pre2015.Feb.12374

Varón de 51 años con diabetes mellitus dependiente de insulina y enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal (DP) desde hace cinco años, que acudió a urgencias por presentar: efluente de características hemáticas en dos recambios, deterioro del estado general, astenia, náuseas y vómitos. Se realizó un tomografía computarizada (TC) abdominopélvica (figuras 1-4), en la que se observó abundante ascitis, y engrosamiento del peritoneo parietal y visceral con calcificaciones lineales en su superficie. Estos hallazgos se interpretaron, teniendo en cuenta los antecedentes de DP, como correspondientes a una peritonitis esclerosante (PE).

La PE es una complicación grave de la DP, con una morbimortalidad alta. El diagnóstico frecuentemente se retrasa porque los hallazgos clínicos son insidiosos e inespecíficos, siendo los más frecuentes los derivados del fallo en la ultrafiltración, anorexia, pérdida de peso, o los relacionados con la obstrucción intestinal secundaria que desarrollan estos pacientes<sup>1,2</sup>.

Los signos radiológicos de la PE se pueden dividir en tres categorías: anomalías del peritoneo, anomalías en las asas de intestino delgado y la presencia de colecciones líquidas o ascitis loculada<sup>3</sup>.

La afectación del peritoneo se caracteriza por un engrosamiento de este primero en forma de placas aisladas y más tarde difuso, afectando tanto a la capa de peritoneo visceral como a la parietal<sup>3</sup> (figuras 1 y 3). En los estudios de TC realizados tras la administración de contraste intravenoso se puede observar el realce aumentado del peritoneo engrosado<sup>2</sup> (figura 3). Las calcificaciones que se producen en el peritoneo comienzan



**Figura 1. Tomografía computarizada abdominopélvica tras administración de contraste intravenoso, corte axial a nivel de mesogastrio.**

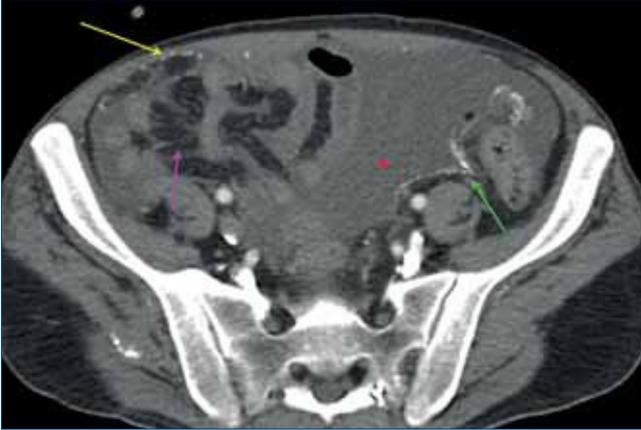
Se observa un engrosamiento difuso del peritoneo parietal y visceral (flecha amarilla), calcificaciones en forma de pequeñas placas del peritoneo parietal (flecha roja), calcificaciones «en sábana» del peritoneo visceral (flecha verde), asas de intestino delgado de localización central y de diámetro intraluminal disminuido (asteriscos amarillos) y ascitis loculada en ambas gotieras paracólicas (asteriscos rojos) de predominio derecho. Nótese cómo la ascitis loculada desplaza medialmente a las asas de intestino delgado y grueso.

siendo lineales, como pequeñas placas, y evolucionan a calcificaciones «en sábana» (figuras 1-4) y en forma de conglomerados<sup>2,3</sup> (figura 4).

Las asas de intestino delgado aparecen engrosadas, con una disminución de su diámetro intraluminal (figuras 1, 3 y 4) y de localización central. También se pueden observar calcificaciones de sus paredes. Como resultado de las membranas fibróticas que se desarrollan envolviéndolas (figuras 2, 3 y 4),

**Correspondencia:** Raquel Sánchez Oro

Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital Clínico Universitario de Valencia. 46019 Valencia.  
raquel\_sanchez\_oro@hotmail.com  
raquelsanchezoro27@gmail.com



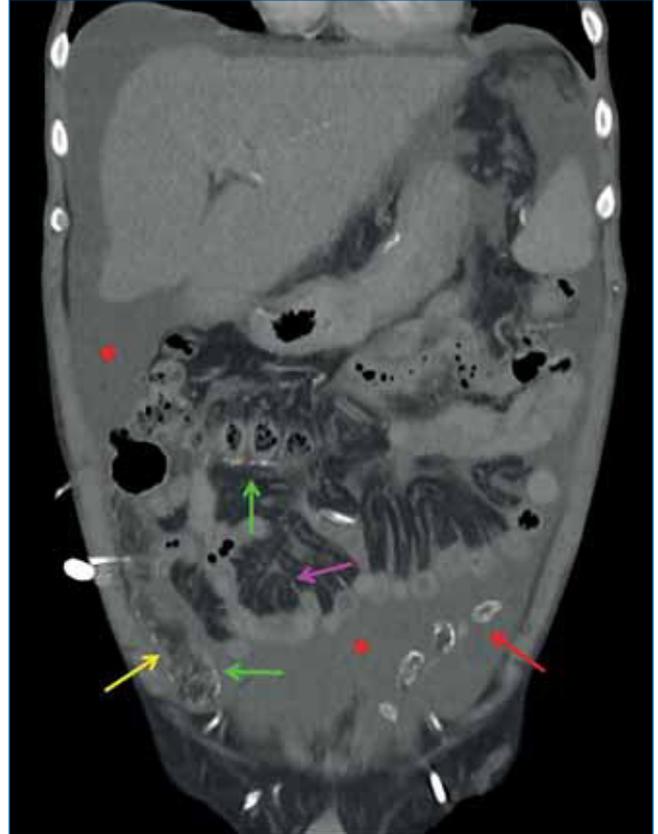
**Figura 2. Tomografía computarizada abdominopélvica tras administración de contraste intravenoso, corte axial a nivel de hipogastrio.**

Se observan calcificaciones lineales «en sábana» del peritoneo parietal (flecha amarilla) y del peritoneo visceral (flecha verde), engrosamiento del mesenterio de las asas intestinales (flecha rosa) por el desarrollo de membranas fibróticas que retraen las asas de intestino delgado adyacentes, así como ascitis loculada (asterisco rojo) en hipogastrio.



**Figura 3. Tomografía computarizada abdominopélvica tras administración de contraste intravenoso, reconstrucción coronal.**

Se observa engrosamiento y realce aumentado del peritoneo parietal (flecha amarilla) y del peritoneo visceral (flecha verde), calcificaciones «en sábana» del peritoneo visceral, engrosamiento del mesenterio de las asas intestinales (flecha rosa) por el desarrollo de membranas fibróticas que retraen las asas de intestino delgado adyacentes, asas de intestino delgado de diámetro intraluminal disminuido (asterisco amarillo) y ascitis loculada perihepática, periesplénica, en ambas gotieras paracólicas y en pelvis (asterisco rojo).



**Figura 4. Tomografía computarizada abdominopélvica tras administración de contraste intravenoso, reconstrucción coronal, corte más anterior que el de la figura 3.**

Se observan calcificaciones «en sábana» del peritoneo parietal (flecha amarilla) y del peritoneo visceral (flechas verdes), conglomerados de calcificaciones del peritoneo visceral (flecha roja), engrosamiento del mesenterio de las asas intestinales (flecha rosa) por el desarrollo de membranas fibróticas que retraen las asas de intestino delgado adyacentes, y ascitis loculada (asteriscos rojos).

la raíz del mesenterio se retrae y se origina un conjunto de adherencias internas, que pueden causar una obstrucción de intestino delgado. En este último caso, las asas se mostrarán dilatadas y como complicación se puede producir necrosis y perforación de estas<sup>2,3</sup>.

Los pacientes con DP inevitablemente tendrán ascitis<sup>3</sup> y, debido al engrosamiento y la fibrosis de las membranas peritoneales, será una ascitis loculada (figuras 1, 2, 3 y 4), que contribuye a la distribución central de las asas de intestino delgado<sup>3</sup>.

El diagnóstico radiológico diferencial se realiza con enfermedades que causan calcificaciones peritoneales como el pseudomixoma peritoneal, la tuberculosis, el mesotelioma peritoneal y la carcinomatosis peritoneal con calcificaciones, siendo muy importante el contexto clínico<sup>3</sup>.

Por tanto, los hallazgos en las pruebas de imagen pueden facilitar el diagnóstico precoz de esta enfermedad y contribuir a modificar el tratamiento del paciente de manera temprana: suspender la DP, administrar fármacos inmunosupresores y soporte nutricional, con el objetivo de disminuir la inflamación y acelerar en la medida de lo posible la posibilidad de llevar a cabo cirugía en las fases más avanzadas que así lo requieran<sup>1</sup>.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. De Sousa E, Del Peso-Gilsanz G, Bajo-Rubio MA, Ossorio-González M, Selgas-Gutiérrez R. Peritonitis esclerosante encapsulante asociada a la diálisis peritoneal. Una revisión y una iniciativa unitaria europea para abordar el cuidado de una enfermedad rara. *Nefrología* 2012;32(6):707-14.
2. Stuart S, Booth TC, Cash CJC, Hameeduddin A, Goode JA, Harvey C, et al. Complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Radiographics* 2009;29:441-60.
3. Ti AP, Al-Arabi A, Conlon PJ, Lee MJ, Morin MM. Imaging features of encapsulating peritoneal sclerosis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *AJR Am J Roentgenol* 2010;195(1):W50-4.