

HEMÍOPERITONEO EN DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA: UN HECHO ESPECTACULAR Y DE ESCASA TRASCENDENCIA CLINICA*

*M. A. Carballo, O. Celadilla, R. Madero, M. V. Martínez,
R. Carmena, M. C. del Olmo*

Servicio de Nefrología. Hospital La Paz. Departamento de Estadística

INTRODUCCION

El Hemoperitoneo es una complicación que se presenta en algunos pacientes tratados con C.A.P.D., su origen queda muchas veces sin determinar; su intensidad es muy variable, dependiendo de sus variedades etiológicas. El problema puede derivar en dos hechos de trascendencia indudable:

1. Problema de obstrucción de catéter.
2. Alteración de la fisiología peritoneal por la presencia de enzimas líticos del suero, en una membrana sensible a su acción.

La aparición de hemoperitoneo es importante en nuestra serie, especialmente por la intensidad de algunos de ellos; en ocasiones han conducido a destrucción peritoneal o sensibles cambios en las características funcionales de la membrana.

Todo ello nos ha animado a revisar este hecho en nuestro programa.

MATERIAL Y METODOS

Revisamos la existencia de hemoperitoneo de cualquier intensidad detectable «de visu» en un total de 84 pacientes que han pasado por nuestra unidad de C.A.P.D., habiéndolo encontrado en algún momento del tratamiento en 26 pacientes (22 hembras y 4 varones) y cuyas edades están comprendidas en una amplia escala que va desde 11 a 69 años. De interés entendimos saber su enfermedad de base que pudiera en alguna forma estar relacionada con el hecho mórbido, resultando estar distribuidos los diagnósticos en la siguiente forma: G. N. C. (9 casos), P. N. C. (5 casos), Poliquistosis Renal (3 casos), No Filiada (2 casos), Nefropatía de reflujo (1 caso), Nefropatía diabética (1 caso), Nefroangiosclerosis (2 casos), Necrosis Cortical (1 caso), Tbc (1 caso).

Definición de Hemoperitoneo: La aparición de líquido drenado de color rosa-rojo, no coincidente con peritonitis (criterios citológico-clínicos), ni con manipulación reciente de catéter. Las características en cuanto a cuantía las hemos clasificado de 1 a 3 según la intensidad del color; así: 1 = Rosáceo, 2 - Rojo claro, 3 - Rojo oscuro. Esta clasificación fue realizada en base a unas pruebas hechas previamente «in vitro»; inyectando 0,5 a 1 c. c. de sangre en una bolsa de 2 litros de Dianeal, con lo que resultó el color rosáceo definido como 1; si el volumen inyectado fue de 2,5 a 4 c.c., el color resultante fue el rojo claro definido como 2; por fin la cantidad de 7 a 10 c. c. nos resultó el color rojo oscuro (3). Se determinó estado clínico-analítico general del estado de coagulación de los pacientes (Fibrinógeno, Plaquetas, Fragilidad vascular). Se recogió historia menstrual en mujeres fértiles; se buscó mucosa endometrial en el líquido drenado en algunos de estos casos, dado que muchas de ellas presentaron hemoperitoneo repetidas veces, coincidiendo con momentos del ciclo (mitad y/o final).

Como test de función hepática de síntesis empleamos el nivel de albúmina plasmática. Para estudiar el nivel bioquímico de diálisis adecuada medimos BUN y creatinina sérica.

Como antecedentes de interés se recogieron: Peritonitis previas, otros factores peritoneales predisponentes (esclerosis ...).

Para la valoración de las consecuencias funcionales peritoneales empleamos los estudios de cinética de transferencia de masas para urea y creatinina, la estimación de dichos cambios la consideramos significativa cuando el incremento o decremento superaba el 10 % para el MTC de urea y el 15 % para el MTC de creatinina.

RESULTADOS

a) Parámetros bioquímicos de dialisancia:

BUN: 60-80 mg/dl. en 20 pacientes.

81-110 mg/dl. en 6 pacientes.

Estas cifras tienen una distribución habitual en nuestro programa de C.A.P.D.

Creatinina sérica: 7-14 mg/dl. en 21 pacientes. 15-19 mg/dl. en 5 pacientes,

También de distribución similar al resto de la serie.

b) Parámetros bioquímicos de coagulación:

El Fibrinógeno presentaba siempre valores dentro de la normalidad, así como el recuento de plaquetas (150.000-350.000 m³). Función hepática de síntesis (cifra sérica de albúmina normal en todos: 3,14,7 gr/dl.). No se detectó fragilidad capilar ni trastornos de los tiempos de coagulación en los pacientes durante su estudio inicial.

c) Incidencia previa de factores locales de riesgo:

Peritonitis (incidencia en el tiempo): 3 pacientes (5 años en C.A.P.D.) tuvieron un número de episodios total superior al resto de los estudios y al resto de la serie, pero no diferente en términos relativos. Otros 12 pacientes nunca tuvieron peritonitis. El resto las tuvieron entre 1 y 3 episodios antes del peritoneo.

Otros factores: Una paciente tenía una hernia de pared abdominal cuya corrección quirúrgica condicionó un hemoperitoneo masivo. Otra paciente presentaba una peritonitis esclerosante como un factor local anormal.

d) Incidencia de hemoperitoneo:

26 a 84 pacientes presentan esta complicación al menos una vez durante su tratamiento con C.A.P.D. (31 % de la serie). El momento de la aparición fue tan variable como de 1 a 48 meses de tratamiento; con distribución similar a lo largo de los años.

En todos los casos (salvo en aquellos dependientes de menstruación), el episodio fue único.

Su duración fue:

- 1 día en 11 casos
- 2-3 días en 9 casos
- 4-14 días en 5 casos
- 40 días en 1 caso.

Su intensidad:

- Grado 3 en 6 casos
- Grado 2 en 6 casos
- Grado 1 en 14 casos.

Hubo coincidencia general (con alguna excepción) entre intensidad 3 y media-larga duración.

e) Causa del hemoperitoneo:

En 9 casos coincidió, precedió o siguió a la menstruación; en algún caso la substituyó, en otros 2 casos coincidió con el teórico momento de la ovulación afectando a una o dos bolsas drenadas únicamente; en ambos casos la intensidad fue calificada de 2. En 2 casos el hemoperitoneo fue secundario a cirugía de pared abdominal. En 1 caso fue producido por la rotura de un teratoma ovárico (el de mayor duración, esto es

40 días). El resto de los cuadros coincidió con gastroenteritis, colonoscopia, enema opaco, traumatismo abdominal. En 8 casos no encontramos causa aparente ni sospechada.

f) Tratamiento:

Se empleó heparina local (500 U. I. por litro de líquido de diálisis) en todos los casos para evitar la formación de coágulos. 1 caso (por obstrucción de catéter) requirió uroquinasa (100.000 U. directas). El teratoma ovárico se trató con exeresis quirúrgica del mismo.

g) Evolución:

Rápida en todos los casos, excepción hecha del teratoma ovárico que no desapareció hasta la extirpación quirúrgica del mismo y un caso procedente de pared que desapareció tras retirada del catéter y hemostasia directa.

h) Complicaciones y consecuencias:

No se perdió nada más que este último catéter; en la misma paciente condicionó una esclerosis peritoneal que anuló funcionalmente la membrana peritoneal.

En 9 casos se observaron cambios en la transferencia de masas peritoneales (6 disminuciones y 3 aumentos); la capacidad de U. F. (ultrafiltración) siguió caminos paralelos con la disminución severa de MTCs (1 caso) o antiparalelos con su aumento, cuando éste fue importante (1 caso). Los cambios peritoneales de los otros 7 o no existieron o fueron inapreciables. La anemización en forma importante ocurrió sólo en 2 del total de pacientes.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Alta incidencia de hemoperitoneo en nuestra serie, el tanto por ciento se decanta hacia las hembras en clara relación con su ciclo sexual. Encontramos baja incidencia respecto a la esperada para los casos de esclerosis peritoneal, en donde los cambios anatómicos entendíamos que condicionarían el evento. Si excluimos los hemoperitoneos relacionados con ciclo sexual nos quedan 15 pacientes, de los cuales 4 son hombres y 11 mujeres, proporción ésta similar a la del total de pacientes en C.A.P.D.

Para los episodios, la frecuencia fue mayor para los de pequeña intensidad y corta duración.

La falta de correlación con parámetros de coagulación inculpa a factores locales y a comportamiento individual. Quizás el diagnóstico poliquistosis renal aparezca más veces en la serie de los hemoperitoneos, de escasa validez estadística, dado el poco número de pacientes.

La repercusión de todo ello en cuanto a movilización del hematocrito o a los valores de viabilidad peritoneal es escaso y sobre todo esporádico.

Concluimos que el hemoperitoneo es un hecho de llamativa espectacularidad, pero que, salvo casos masivos y duraderos, de escasa trascendencia clínica.