Dos fugas fugaces en diálisis peritoneal

Mercedes Moreiras-Plaza, Jeanette Fernández-Cusicanqui, Lucía López-Peláez-Hamman, Belén Santaclara-Pousada, Adriana M. Cantó-Calviño, Ana Fijó-Prieto

Servicio de Nefrología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra

NefroPlus 2024;16(1):108-110

© 2024 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

INTRODUCCIÓN

Las fugas de dializado son una complicación relativamente frecuente en diálisis peritoneal (DP) y pueden producirse por orificios preexistentes, adquiridos o a través de defectos de la pared abdominal.

El edema genital es una de las presentaciones más frecuentes de fuga de dializado. Puede ocasionarse por el paso del líquido a través del saco de una hernia inguinal, a través de un conducto peritoneovaginal permeable o a través de un defecto de la pared abdominal[1,2].

Las técnicas de diagnóstico por la imagen tienen un papel decisivo en el diagnóstico de esta complicación y permiten esclarecer la causa[3].

CASOS

Paciente de 57 años, en diálisis peritoneal desde 1,5 años, con pauta de 3 intercambios diarios. Acude por presentar de forma aguda aumento del volumen escrotal, que detectó al levantarse por la mañana. Negaba esfuerzos físicos o estreñimiento importantes el día anterior. En la exploración física se aprecia edema indoloro de pene y escroto, sin evidencia de eritema, cianosis, calor local o presencia de masa. El resto de la exploración física era anodina, sin signos de sobrecarga hídrica. La analítica sanguínea y del dializado no mostraron alteraciones destacables.

Ante la sospecha de fuga, se realizó peritoneografía mediante tomografía computarizada (TC) con contraste intraperitoneal (100 ml de contraste yodado hipoosmolar Optiray® 300 mg/ml añadidos a 2 l de dializado). Las imágenes demostraron el extremo del catéter situado en la parte anterior de la pelvis, justo en el punto de inicio del canal inguinoescrotal, que claramente se mostraba como el punto de fuga de dializado (fig. 1). Reinterrogado, el paciente refirió haber mantenido relaciones sexuales la noche previa a la mañana que descubrió el edema escrotal.

Recordamos el caso antiguo de un paciente que presentó edema escrotal tras el primer lavado peritoneal posterior al implante de un catéter con punta *coil* (en rabo de cerdo), demostrándose el enclavamiento del catéter, que aparecía estirado, justo en el punto de inicio del canal inguinoescrotal (fig. 2). El catéter se recolocó y aquel paciente pudo iniciar diálisis peritoneal sin que se repitiese el edema genital.

Indicamos a nuestro paciente medidas laxantes para movilizar el extremo del catéter y, tras 48 h sin diálisis, reinició los intercambios, con pauta incremental, sin repetirse el edema escrotal.

DISCUSIÓN

Las fugas de dializado no son infrecuentes en DP y en un elevado porcentaje precisan reparación quirúrgica. El conducto peritoneovaginal es una evaginación del peritoneo parietal, que atraviesa la pared abdominal hacia el escroto o los labios mayores y, en la mayoría de los casos, se cierra en la infancia, aunque el 15-35% puede conservarlo permeable, generalmente sin síntomas. El aumento de la presión intraabdominal puede favorecer su apertura.

La peritoneografía mediante TC permite visualizar la cavidad peritoneal y detectar, con mucha sensibilidad, defectos de la pared abdominal y puntos de fuga de dializado. Frente a otras pruebas de diagnóstico por la imagen, es una prueba accesible, simple, rápida y de menor coste. En nuestros dos casos, el origen del edema genital fue la ubicación casual del extremo del catéter en el inicio del conducto peritoneovaginal. Movilizada la punta del catéter, dicha evaginación volvió a cerrarse y la fuga no se repitió.

Conflicto de intereses

La autora declara que no tiene conflictos de interés.

Correspondencia: Mercedes Moreiras-Plaza
Servicio de Nefrología.
Hospital Álvaro Cunqueiro.
Estrada de Clara Campoamor, 341.
36312 Vigo, Pontevedra.
mercedes.moreiras.plaza@sergas.es
mercemoreiras@gmail.com

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.

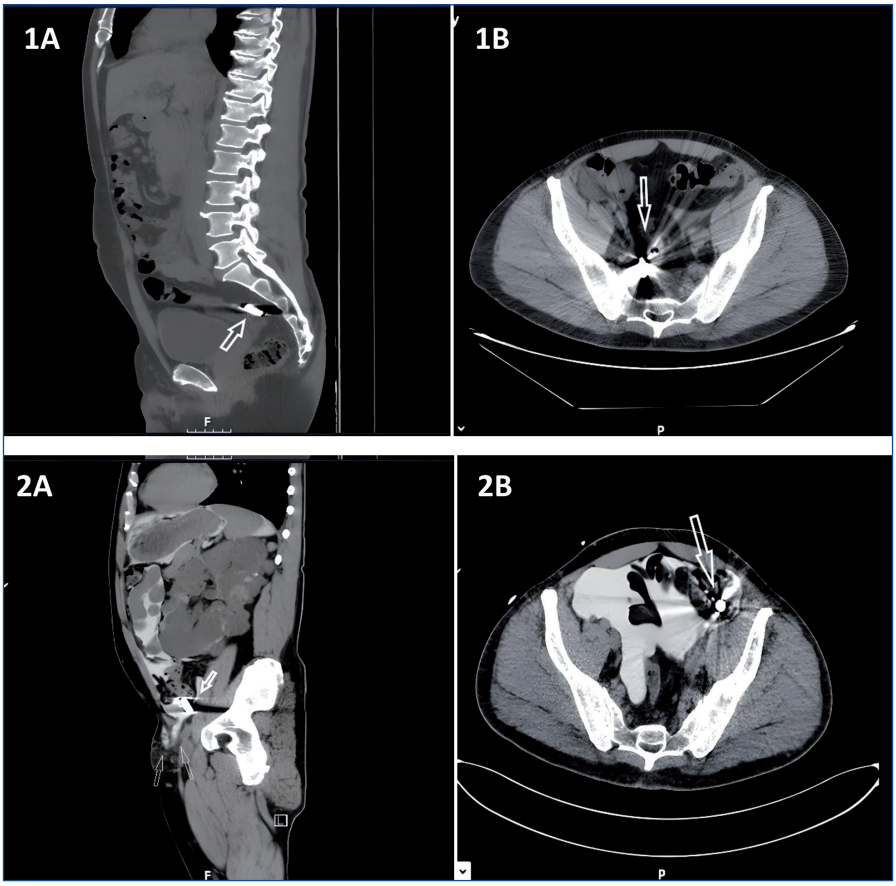

Figura 1. Catéter desplazado a parte anterior y enclavado en el conducto peritoneovaginal. 1A y 1B) Situación normal del extremo del catéter autoposicionante (flecha de bordes gruesos). 2A y 2B) Localización anterior del extremo del catéter autoposicionante (flecha de bordes gruesos) y paso de dializado a través del canal inguinal (flechas de borde fino).

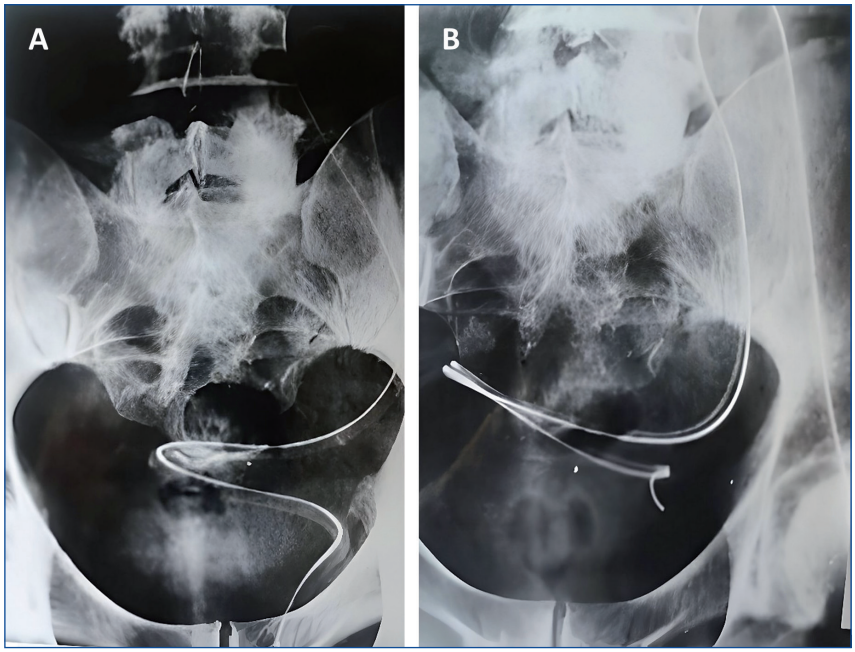

Figura 2. Catéter con punta *coil* enclavado. A) Extremo del catéter de punta *coil* no enrollado y enclavado en el conducto inguinal. B) Extremo del catéter recuperando su forma *coil* al desenclavarlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tzamaloukas AH. Scrotal edema in patients on CAPD; causes, differential diagnosis, and management. Dial Transplant. 1992;21:581-4.
2. Leblanc M, Ouimet D, Pichette V. Dialysate Leaks in Peritoneal Dialysis. Semin Dial. 2001;14:50-4. https://doi.org/10.1046/j.1525-139x.2001.00014.x.
3. Wan SH, Lau H, Patil NG, Lo WK, Lui SL. Peritoneal computed tomography: a diagnostic tool for genital oedema in patients on peritoneal dialysis. Hong Kong Med J. 2007;13:82-3.