

de la Morena Fernández, Carmina; Martínez Benito, María Ángeles; Rivera Gorrín, Maite; Jiménez del Reino, Dolores; Viveros Molina, Antonia

Extrusión completa y espontánea del catéter de diálisis peritoneal en dos pacientes

Enfermería Nefrológica, vol. 8, núm. 1, enero-marzo, 2005, pp. 79-80

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833116009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

CASO CLÍNICO

Extrusión completa y espontánea del catéter de diálisis peritoneal en dos pacientes

Carmina de la Morena Fernández
Maria Ángeles Martínez Benito
Maite Rivera Gorrín
Dolores Jiménez del Reino
Antonia Viveros Molina

Servicio de Nefrología. Unidad de Diálisis Peritoneal.
Hospital Ramón y Cajal.
Madrid

INTRODUCCIÓN

La pérdida espontánea o extrusión completa y espontánea del catéter peritoneal es un hecho, afortunadamente, excepcional. La caída del mismo ha sido escasamente publicada⁽¹⁻²⁾ y se relaciona con mala técnica de implantación, mala cicatrización por infección del orificio-túnel o fugas pericatéter. En los catéteres de poliuretano, el uso de mupirocina tópica en el orificio de salida se ha relacionado con cambios estructurales en el catéter y el dacron, resultando en algunos casos la extrusión del catéter⁽³⁾. En nuestra unidad hemos presenciado la pérdida espontánea del catéter en dos pacientes. A continuación describiremos las características de ambas pacientes y discutiremos las posibles causas que en ambos casos podrían justificar dicho evento.

PACIENTES

Caso 1: Mujer de 61 años que, en mayo de 2002, desarrolló un fracaso renal agudo irreversible debido a una glomerulonefritis rápidamente progresiva en el seno de una enfermedad de Good-Pasture. En el episodio agudo recibió altas dosis de esteroides y ciclofósfamida. Posteriormente continuó con tratamiento crónico esteroideo. La paciente optó por diálisis peri-

toneal y el 18.07.02 se le implantó un catéter de silicona tipo Tenckhoff recto con 2 manguitos. El 15.9.02 presenta salida espontánea del catéter, sin previo traumatismo. La inspección del orificio revelaba datos de infección, creciendo *Cándida parapsilosis* en el orificio-túnel. Se instauró tratamiento específico para la infección del orificio con fluconazol oral (200 mg cada 24 horas) y se implantó nuevo catéter contralateral el 30.9.02 hasta la fecha sin problemas ni datos de infección

Caso 2: Mujer de 62 años que inicia diálisis peritoneal en mayo de 1996. Su enfermedad de base era una glomerulonefritis crónica no biopsiada. Previamente había recibido un trasplante renal que nunca fue funcionante, ya que falló por trombosis venosa. Tras el inicio en diálisis peritoneal tuvo infección aguda de orificio en 1996 y 1998 por *Corynebacterium*, ambas resueltas. En junio de 2001 presentó edema de pared abdominal por fuga de líquido pericatéter que se resuelve tras 2 meses de descanso peritoneal (pasó a hemodiálisis, no quiso pasar a cicladora). El día 17.1.02 acude por salida completa espontánea del catéter (Tenckhoff recto, 2 manguitos). No había datos de infección de orificio ni del túnel. Se colocó nuevo catéter contralateral sin incidencias posteriores. Recibió trasplante renal el 04.07.2002 que es funcionante en la actualidad.

En ambos casos la clínica fue similar: caída del catéter y salida profusa de líquido peritoneal. Dado que acudieron inmediatamente al hospital y recibieron profilaxis antibiótica (cefazolina 2 gr i.v, tres dosis), no desarrollaron peritonitis. Llamaba la atención el aspecto del catéter, ya que éste estaba impecable, con ambos dacron sin restos de tejido de granulación a su alrededor (parecía un catéter sin estrenar).

Maite Rivera Gorrín
Servicio de Nefrología
Unidad de Diálisis Peritoneal
Hospital Ramón y Cajal
Carretera de Colmenar km 9,100
28034 Madrid
e-mail: mriverag@eresmas.com

DISCUSIÓN

En el presente trabajo presentamos una complicación excepcional de la diálisis peritoneal. Los factores desencadenantes para dicha complicación en nuestras pacientes pueden estar relacionadas con la infección del orificio por hongos (en el primer caso) y fuga de líquido peritoneal (en el segundo). Posiblemente el tratamiento esteroideo previo en ambos casos jugara algún papel en la mala cicatrización pericatéter. Dichos factores condicionarían un pobre anclaje de los manguitos al tejido celular subcutáneo.

CONCLUSIONES

Nuestros casos reflejan una atípica complicación, posiblemente asociada a situaciones comunes en diálisis peritoneal (infección de orificio y fuga pericatéter). A pesar

del dramatismo del hecho, los pacientes pueden continuar en técnica de DP. La “salida espontánea” del catéter debe ser incluida entre las posibles complicaciones de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nowicki M, Jander A, Czupryniak A y Kalluzynska A: Spontaneous peritoneal catheter extrusion. *Perit Dial Int* 2002; 22:277-278.
2. Rao SP, Oreopoulos DG: Unusual complications of polyurethane PD catheter. *Perit Dial Int* 1997; 17:410-412.
3. Weaver ME, Dunbeck DE. Mupirocin (Bactroban) causes permanent structural changes in peritoneal dialysis catheters. *Perit Dial Int* 1994; 14 (suppl 1):20.