

## Caso clínico. Paciente con síndrome hepatorenal tratado con Diálisis Peritoneal

**Alfonso de la Vara Almonacid, María Vállega Melgares, Miriam Graciano Mora, Yolanda Solera Parra**

Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid. España

El término síndrome hepatorenal (SHR) fue usado por primera vez en 1939 para describir la defunción renal que seguía a la cirugía biliar y al trauma hepático; asimismo, en el 2007, durante la 56 Reunión de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas, en el Internacional Ascitis Club, funcionó un grupo de estudio sobre este síndrome.

La fisiopatología del SHR es compleja y está relacionada con 3 áreas claves: el lecho esplácnico, el sistema nervioso simpático y el factor cardíaco.

La dilatación de los vasos esplácnicos está dada, sobre todo, por la liberación local de vasodilatadores potentes como el óxido nítrico, el cual también favorece la resistencia de la circulación esplácnica a varios vasopresores como la angiotensina II, la noradrenalina, la vasopresina y la endotelina. Esta resistencia hace que la presión arterial en la cirrosis dependa de los efectos extra esplácnicos ejercidos por los vasoconstrictores endógenos.

La incidencia de SHR en pacientes con cirrosis hepática y ascitis es del 18% en el primer año y 30% al quinto año. El 90% de los pacientes con SHR avanzado mueren dentro de las 10 semanas

Presentamos un caso clínico SHR tratado con diálisis peritoneal.

Paciente de 62 años de edad, varón

- Hepatopatía crónica por VHC
- Miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción sistólica severa y Cardiopatía isquémica crónica
- SCASEST Killip III
- Úlcera gástrica Forrest III con Gastritis Crónica atrófica con metaplasia intestinal y atipia severa
- Ca epidermoide de cuero cabelludo

En este contexto se nos plantea a la unidad de peritoneal, la colocación de catéter peritoneal para el inicio precoz de diálisis peritoneal, planteándonos como objetivo por un lado reducir el número de paracentesis que se realizaban a este enfermo y por otro empezar tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal por deterioro de función renal.

Se colocó catéter peritoneal en julio 2016, con éxito apareciendo la primera complicación precoz a la semana, con fuga peri catéter, como primera complicación, usándose a la semana siguiente como drenaje espontáneo de líquido ascítico a bolsa, durante 24 horas. Evitando así punciones repetidas.

Situación que se mantiene hasta la recuperación de la fuga detectada en la pared, acudiendo semanalmente a revisar del orificio y catéter, así como líquido drenado. Programamos 4 intercambios con un volumen bajo de diálisis de unos 4800 cc en total en 9 horas de tratamiento con 4 intercambios con una permanencia de 2 horas aproximadamente. Actualmente el paciente lleva en programa 6 meses sin dificultades técnicas en cuanto al manejo de la cildadora y de la diálisis peritoneal.

El se conecta y se desconecta la cildadora y un familiar, su hija es quien le monta la cildadora.

Mantiene parámetros analíticos óptimos han bajado las cifras de urea, creatinina calcio, fosforo, manteniendo parámetros aceptables. Calculamos la eliminación de líquido ascítico con el drenaje inicial de la cildadora situándose en una media diaria de 500 cc. Evitamos punciones repetidas alas que se sometía al paciente. Ha mejorado su calidad de vida y esta se ha prolongado.