

Estudio de Esclerosis Peritoneal Encapsulante (EPE)

Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) –Asociación Nefrológica de Buenos Aires(ANBA) –

Grupo de Trabajo en Diálisis Peritoneal (S.A.N.)–
Consejo de Diálisis Peritoneal (ANBA)

2013-2014

Autores : Alvarez Quiroga Mabel, Hendel Irene ,Martín Claudia – Alvarez Susana– Barone Roberto– Garófalo Rosanna– Lobo Jorge– Martín Claudia– Palczewicks Graciela– Sesín Ana María– Vallvé Cristina.

Introducción

Diagnóstico de EPE :– Síntomas sugestivos de obstrucción intestinal con o sin grados variables de reacción inflamatoria sistémica. – Evidencias radiológicas o quirúrgicas de engrosamiento peritoneal, encapsulamiento, dilatación de asas o calcificación peritoneal. •

Epidemiología de la EPE.Generalmente ocurre en pacientes que permanecen en DP por largo tiempo, y esta relacionada con deterioro de la membrana peritoneal• En ocasiones, la peritonitis esta implicada en su desarrollo.En muchos casos, aparece luego de interrumpir DP(Dialisis Peritoneal)• La incidencia reportada, varía entre el 0,7% y el 7,3%, con una frecuencia mayor, a mayor tiempo de permanencia en DP.

Objetivos : Valorar la incidencia de la EPE en una población de pacientes en Dialisis Peritoneal. Complicaciones , modo de presentación y mortalidad..

Material y Metodos

Estudio retrospectivo, observacional.Se realizó a través de la Sociedad Argentina de Nefrología, y participaron 10 Unidades de DP.

RESULTADOS. • Se identificaron 54 casos • Masculinos: 22 (40,7%; IC 95%: 27,7% – 53,8%)• Femeninos: 32 (59,3%; IC 95%: 46,1% – 72,3%)• Edad media al ingreso a DP 35,4 años (IC95%: 31.4% - 39.4%) • HD previa: 33 pacientes (61%; IC 95%: 48,1% - 74,1%).Edad Media : 35,4 (IC95% 31,4 - 39,4)años, Varones 40,70%,Mujeres 59,30%,HD previa 61% 6 Glomerulopatía como causa de IRC 42,60% .

Los factores de riesgo para EPE fueron: tiempo en DP, edad más joven al inicio de DP, fallo de UF/ transporte rápido, frecuencia de peritonitis, uso de dextrosa hipertónica– hiperparatiroidismo,cese de la DP.

TIEMPO MEDIO EN DP AL INICIO DE SÍNTOMAS: 86.2 meses

Fallo de UF : 35 pac (64.8%; IC 95%: 52,0% - 77,6%))-

D/P creat: informado en 21 pac.:

11 pac. (52,4%; IC 95%: 31,0% - 73,8%)Transporte RÁPIDO-

7 pac. (33,3%; IC 95%: 13,2% - 53,5%)T. PROM.RÁPIDO-

2 pac. (9,5%; IC 95%: 0% - 22,1%)T. PROM. LENTO-

1 pac. (4,8%; IC 95%: 0% - 13,9%).....T. LENTO-

Bloqueo de SRAA:–

Siempre.....30 pac (56,6%; IC 95%: 43,3% - 69,9%)–

A veces..... 20 pac (37,7%; IC 95%: 24,7% - 50,8%)–

Nunca..... 3 pac (5,7%; IC 95%: 0% - 11,9%).

USO DE BOLSAS AL 4,25%

No informado 4, más de 1 por día 0 ; 1 por día 3 (6%; IC 95%: 0% - 12,6%);Alguna vez por semana 12 (24%; IC 95%: 12,2% - 35,8%); Alguna vez por mes 19 (38%; IC 95%: 24,5% - 51,4%);no utilizaron 16 (32%; IC 95%: 19,1% - 44,9%).

Antecedente de Peritonitis

En el 94,3% (50 pacientes) presentaron antecedentes de peritonitis (IC 95%: 88,1% - 100%) Y solo 3 casos 5,7% no tuvieron antecedentes (IC 95%: 0% - 11,9%). La presencia de hiperparatiroidismo (PTH mayor de 585 pg/ml) la tuvieron 30 pacientes 56,6% (IC 95%; 43,3-69,9) y en 23 no presentaron hiperparatiroidismo 43,4% (IC 95%: 30,0-56,7) solo un paciente no tenía datos.

La EPE Se presentó en 25 pacientes. (46%) que luego pasaron a HD . En 2 pacientes luego del trasplante renal. "la mitad de los casos se presentaron luego del cese de DP"

FRECUENCIA DE SÍNTOMA Síntomas :Hiporexia 90,74% IC 83,00-98,47 Dolor abdominal 88,88 IC 80,50-97,27 Diarrea 77,77 IC 66,68-88,86 Pérdida de peso 75,92 IC 64,52-87,32 Ascitis 74,07 IC 62,38-85,76 Vómitos 71,69 IC 59,57-83,82 Fiebre 53,70 IC 40,40-67,00 Constipación 51,85 IC 38,52-65,17 Tumor palpable 51,85 IC 38,52-65,17 Hemoperitoneo 42,22 IC 43,34-72,20.

Tratamiento: 50 pacientes recibieron corticoides; 10 corticoides + tamoxifeno; 5 corticoides + otros inmunosupresores y 4 adhesiolisis. Respuesta a los corticoides: 36 pacientes respondieron (72%; IC 95%:59,4 - 84,4),14 pacientes no respondieron (28%; IC 95%: 15,5 - 40,4) y 8 tuvieron recidiva post-corticoides.

La Mortalidad asociada corticoides: Mortalidad en respondedores: 9/36 pacientes.: 25% (IC 95%: 10,8- 39,1); 8 pacientes por otras causas (no relacionadas con EPE) 1 paciente x EPE(?)

Mortalidad en los no respondedores: 11/14 pac. 78.5% (IC 95%: 57,1- 100) ; 7 pacientes por EPE; 2 pacientes por tratamiento de EPE;1 paciente por otras causas y 1 paciente sin datos P< 0.001.

CONCLUSIONES de La Esclerosis Peritoneal Encapsulante mostro Leve predominio sexo femenino . Mayor prevalencia de Glomerulonefritis como causa de IRCT .La mayoría de los casos se presentó en pacientes con permanencia en DP mayor a 5 años. Sin embargo hubo casos diagnosticados con menos de 3 años en el método. La hiporexia, dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, ascitis y vómitos fueron los síntomas prevalentes.El fallo de UF se presentó en el 64,8%• El 56,6% de los pacientes tenían hiperparatiroidismo. El 32% nunca utilizó bolsas de glucosa al 4,25%. Casi todos los pacientes tenían antecedentes de peritonitis. El haber recibido bloqueo del SRAA no parece haber protegido en este grupo de pacientes contra la aparición de esta complicación.La presentación luego del cese de DP fue relevante, alcanzó el 50% de los casos, similar a lo observado en otras series. El tratamiento más ampliamente utilizado fue la terapia con altas dosis de corticoides, con una respuesta positiva al tratamiento del 72%.La mortalidad de los pacientes que respondieron a corticoides fue del 25%, casi todos por causas no relacionadas a EPE.La diferencia de mortalidad entre los que respondieron y no respondieron al trat. corticoideo, fue estadísticamente significativa."Debido a la alta morbilidad y mortalidad asociada, la EPE tiene la potencialidad de influir negativamente la percepción sobre el valor de la DP como una terapia a largo plazo y por lo tanto, afectar la tasa de ingreso al método e incrementar la transferencia temprana a HD".-

La mayoría de los pac. a largo plazo en DP no desarrolla EPE. La incidencia de EPE es comparable a la endocarditis bacteriana (0,6-2%) u osteomielitis (7%) en HD. No existe un estudio que permita pronosticar la aparición de esta condición. Tanto la falla de UF como el cambio en el transporte peritoneal (hacia T. Rápido) son comunes en pac. en largo plazo en DP. Además, EPE puede presentarse con transporte lento. La TAC normal no excluye diagnóstico, ya que los cambios no son específicos y pueden no existir.

La EPE puede progresar o presentarse al suspender DP, lo que hace muy difícil recomendar un momento adecuado de transferencia a HD.

Muchos pacientes quieren permanecer en DP todo el tiempo posible por cuestiones de calidad de vida percibida.

En estos casos, la ISPD recomienda:– Discutir los riesgos potenciales de continuar en DP (fallo de UF; EPE) y de la transferencia a HD (intolerancia hemodinámica, problemática del ac.vascular, endocarditis, osteomielitis).– Evaluar tolerancia a los procedimientos en base a comorbilidades, distancia a la unidad de diálisis, posibilidad de acceso vascular.– Considerar edad y expectativa de vida.– Tiempo en DP, requerimiento de soluciones hipertónicas, historial de peritonitis.–

Unidades participantes en la elaboración de este trabajo :

- Ciudad de Buenos Aires
- Provincia de Buenos Aires
- Provincia de Córdoba
- Provincia de Neuquén
- Provincia de Jujuy–

Estudio estadístico: Ponte Marcelo

Bibliografía

Kawaguchi Y, Saito A, Kawanishi H, Nakayama M, Miyazaki M, Nakamoto h, et al. Perit Dial Int 2005; 25(suppl 4): S83-95.

Lambie M, Braun N, Davies S. Perit Dial Int 2013; 33:482-486

Length of time on Peritoneal Dialysis and encapsulating peritoneal sclerosis: position paper for ISPD Perit Dial Int 2009; 29:595–600.

Guías de la Sociedad Argentina de DP 2013.

Perit Dial Int 2009, Vol. 31,26.