

Pleuritis urémica. Administración intrapleural de corticosteroides no reabsorbibles

J. Bonal, J. Camps, M. C. Cantarell, J. Bartolomé, A. Olmos, L. Piera *

Introducción

La pleuritis urémica es una complicación infrecuente en los pacientes afectados de insuficiencia renal crónica. Descrita inicialmente como hallazgo histopatológico en la autopsia de los pacientes urémicos, previo a la práctica de la hemodiálisis (1). Asociada a la neumonía urémica, o como entidad independiente (2). Posteriormente, se ha descrito en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica (3, 5). Presentamos un nuevo caso de un paciente hemodializado, que desarrolla una pleuritis crónica, tratada favorablemente con la administración intrapleural de corticosteroides no reabsorbibles.

Caso clínico

Paciente de 59 años de edad, con antecedentes de nefrectomía izquierda por tuberculosis renal. En programa de hemodiálisis crónica desde hacía 2 años, para tratamiento de su enfermedad renal terminal secundaria a su patología de base específica. Habiendo seguido tratamiento tuberculostático triple correctamente.

Ingresó en junio de 1981, por un episodio de pericarditis urémica. Diagnosticado a raíz de episodios hipotensivos intradiálisis y arritmia cardíaca (fibrilación auricular). En la radiografía de tórax, se evidenció ensanchamiento de la silueta cardíaca y pinzamiento costofrénico bilateral. Confirmado ecocardiográficamente, se empezó tratamiento con diálisis intensiva. Evolucionó clínicamente hacia el taponamiento cardíaco, precisando la práctica de pericardiectomía a los 15 días de ingresado. El líquido pericárdico correspondía a un exudado serohemático;

la histología demostró una pericarditis fibrinosa. Fue dado de alta, con control radiográfico de tórax normalizado.

Reingresó en agosto de 1981, por sensación disneica. La radiografía de tórax mostró un derrame pleural izquierdo masivo, obliterando 3/4 del hemitórax. Se practicó toracocentesis, encontrando un exudado amarillento, con celularidad escasa de predominio linfocitario. Los cultivos para bacterias, tuberculosis, hongos y virus fueron negativos. La biopsia pleural demostró una pleuritis fibrinosa organizada, sin granulomas ni células tumorales. Hemodializado de forma intensiva, precisó dos toracocentesis terapéuticas, persistiendo el derrame pleural. A las 3 semanas se procedió a nueva toracocentesis evacuadora, con instilación intrapleural de 40 mg de triamcinolona acetónido. En los controles radiográficos posteriores, se asistió a la resolución del derrame pleural. El estudio funcional respiratorio no detectó disminución de su capacidad vital, quedando libre de secuelas ventilatorias al año de seguimiento.

Discusión

El derrame pleural en los pacientes hemodializados suele deberse a sobrecarga hídrica e insuficiencia ventricular izquierda. Puede acompañar a la pericarditis urémica, aproximadamente en el 30 % de los casos (6), o ser manifestación de una infección tuberculosa. Menos frecuente es la pleuritis fibrinosa urémica, que puede fibrosarse y llevar a la restricción pulmonar grave (3, 5).

En su etiología, se implica a factores metabólicos, llamando la atención su aparición de forma inmediatamente posterior a un episodio de pericarditis (presente caso, 3). El líquido pleural puede, como el pericárdico, ser hemorrágico, provocando por sí mismo fibrotórax (7).

* Servicio de Nefrología. C. S. Vall d'Hebron. Barcelona.

El diagnóstico suele hacerse por exclusión. Descartar sobrehidratación; hallazgo de un exudado a la toracocentesis; histología fibrinosa inespecífica; disminución de la capacidad vital en las pruebas de función pulmonar en caso de pleuritis fibrosada.

Si no se evidencia mejoría terapéutica con la diálisis intensiva, la heparinización regional puede disminuir el riesgo de hemorragia intrapleural (4). La complicación más grave es la constricción pulmonar, que obliga a la práctica de una decorticación quirúrgica. Para evitar la fibrosis, se ha sugerido el uso de corticosteroides intrapleurales (5, 8), administrados de forma similar a la empleada para la pericarditis urémica (9).

En nuestro caso, la administración de 40 mg de triamcinolona acetónido intrapleural, se acompañó de resolución de su pleuritis.

Confirmamos la utilidad de los corticosteroides no reabsorbibles intrapleurales, en el tratamiento de la pleuritis urémica y en evitar su evolución a la forma fibrosa constrictiva.

Conclusión

La pleuritis urémica puede llegar a fibrosarse, obligando a decorticación quirúrgica. Un paciente en hemodiálisis, afecto de pleuritis urémica resistente a diálisis intensiva, se trata favo-

rablemente con la administración de corticosteroides no reabsorbibles intrapleurales.

Bibliografía

1. Hopps, H. C.; Wissler, R. W.: Uremic pneumonitis. *Am. J. Pathol.*, 31: 261-273, 1955.
2. Nidus, B. D.; Matalon, R.; Cantacuzino, D. et al.: Uremic pleuritis, a clinicopathological entity. *N. Engl. J. Med.*, 281: 255-256, 1969.
3. Gilbert, L.; Ribot, S.; Frankel, H. et al.: Fibrinous uremic pleuritis: a surgical entity. *Chest*, 67: 53-56, 1975.
4. Galen, M. A.; Steinberg, S. M.; Lowrie, E. G. et al.: Hemorrhagic pleural effusion in patients undergoing chronic hemodialysis. *Ann. Intern. Med.*, 82: 359-361, 1975.
5. Rodelas, R.; Rakowski, T. A.; Argy, W.; Schreiner, G.: Fibrosing uremic pleuritis under hemodialysis. *JAMA*, 243: 2424-2425, 1980.
6. Morlans, M.; Ballester, M.; Bartolomé, J. et al.: Diagnóstico y tratamiento de la pericarditis en pacientes urémicos. *Med. Clin.*, 77: 269-273, 1981.
7. Drapanas, T.; Litwin, M. S.: Management of the acutely injured patient, in Sabiston, D. C. (ed.): *Davis-Christopher Textbook of Surgery*. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1972, p. 369.
8. Blagg, C. R.: Acute complications associated with hemodialysis, in *Replacement of renal function by dialysis*, edited by Drukker, W., Parsons, F. M., Maher, J. F., The Hague Martinus Nijhoff, 1979, p. 498.
9. Buselmeier, T. J.; Simmons, R. L.; Najarian, J. S. et al.: Uremic pericardial effusion. *Nephron*, 16: 371-380, 1976.