

DOBLE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA DE CAMINO AL DOBLE TRASPLANTE EN POLIQUISTOSIS HEPATORRENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

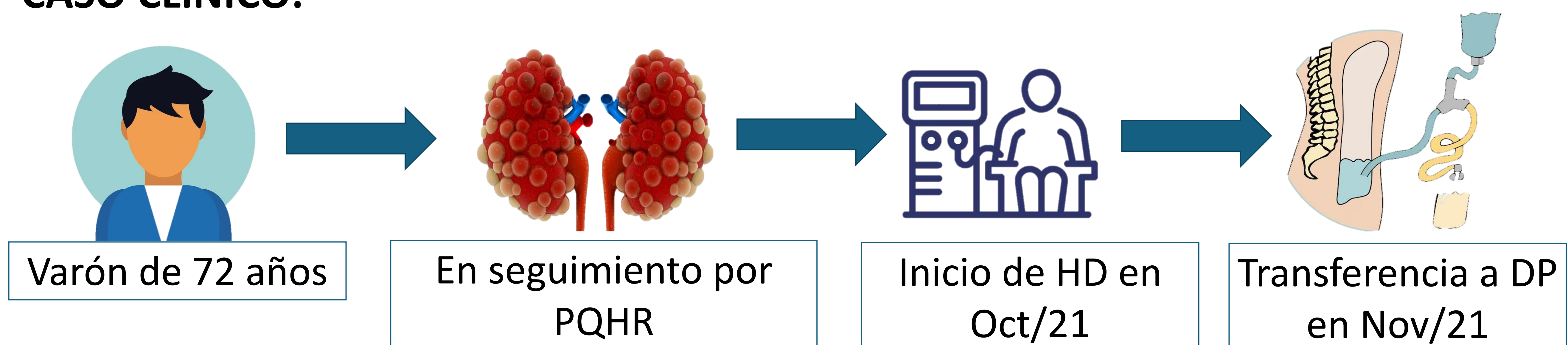
Eduardo Martínez Morales¹, Estefanya García-Menéndez¹, Claudia Martín Rodríguez¹, Darío Janeiro Marín¹, Irene García García¹, María Rosario Llópez Carratalá¹, Lucía Martín Testillano¹, Javier Relea Pujol¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, José Portolés Perez¹

¹) Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN:

La poliquistosis hepatorrenal (PQHR) constituye la enfermedad renal de causa genética mas frecuente de la población. La presencia de quistes hepáticos pueden ser causa de hepatopatía crónica con desarrollo de HTP. El trasplante renal constituye la mejor opción de TRS en estos pacientes, siendo en ocasiones necesario realizar un trasplante hepatorrenal (THR).

CASO CLÍNICO:



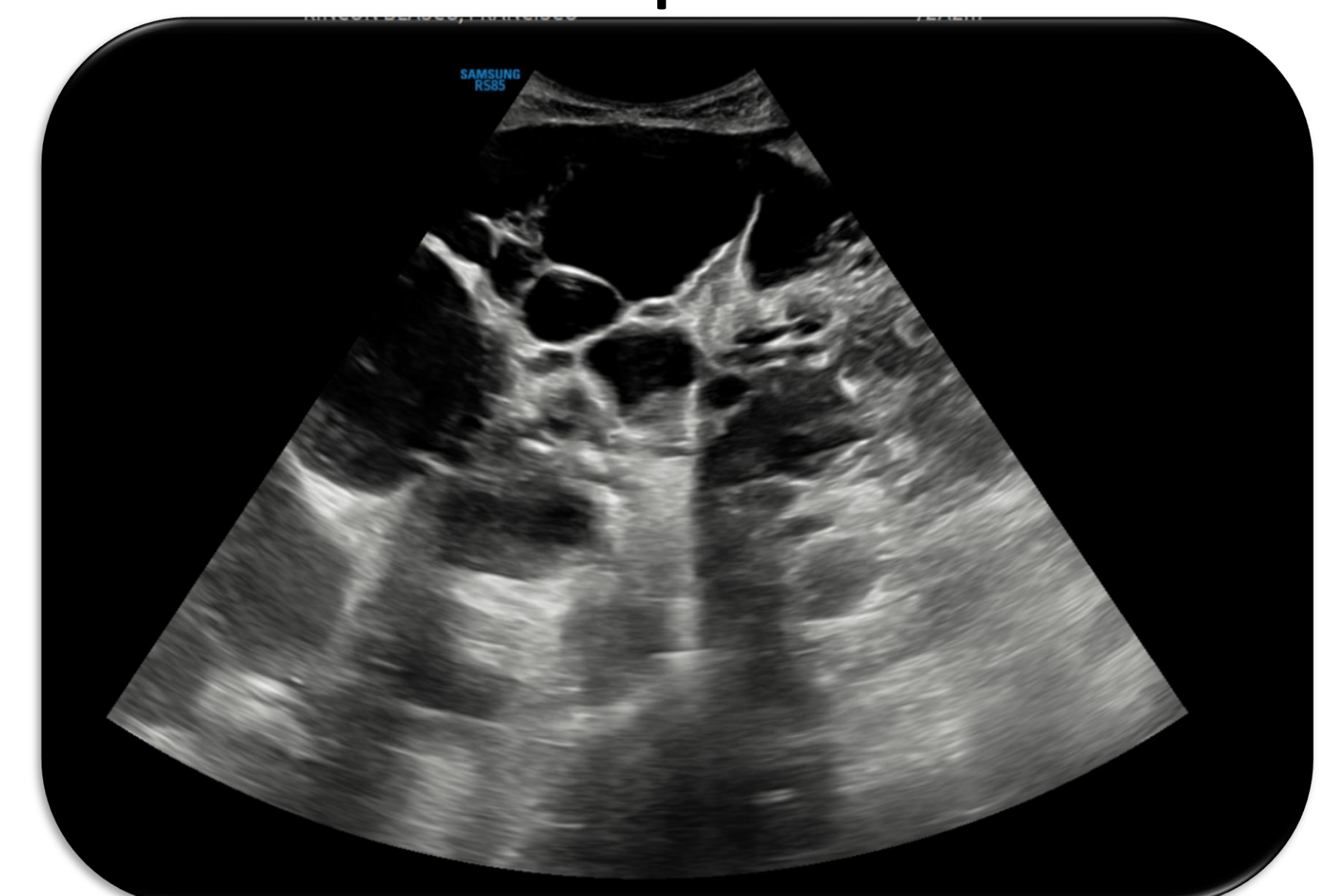
En Oct/22, presenta hernias inguinales bilaterales, por lo que tras valoración por Cirugía General, se decide reparación de las mismas, con transferencia a HD y posterior retirada de catéter de DP dado que se encontraba asintomático. Se realiza transferencia a HD en May/23 mediante FAV.

A la semana de iniciar HD, presenta distensión abdominal, con signos ecográficos de ascitis, decidiéndose mantener el catéter de DP con realización drenajes periódicos preHD y obteniendo un líquido ascítico seroso. El análisis del líquido evidencia un gradiente de albumina suero ascitis de 1.5 g/dL, siendo el paciente diagnosticado de HTP secundaria a la compresión vascular provocada por los quistes hepáticos.

Se remite al paciente nuevamente para valorar THR, decidiéndose su inclusión en lista de espera. Finalmente, se realiza el THR en Mz/24 presentando tras este mejoría tanto de la función renal como de la ascitis, permitiendo la retirada del catéter de DP previo al alta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Dentro del diagnóstico diferencial, se incluyó la **esclerosis peritoneal encapsulante**, una entidad poco frecuente caracterizada por la presencia de ascitis de características hemáticas, con síntomas gastrointestinales y una prueba de imagen sugestiva, que puede ocurrir tras el abandono de la DP.



CONCLUSIONES:

La aparición de ascitis en la PQHR puede ser secundaria a HTP generada por la compresión de la vena porta por los quistes. En nuestro caso la presencia de ascitis secundaria a HTP fue determinante para la realización del THR. El mantener el catéter de DP nos permitió drenajes periódicos, evitando complicaciones hasta el momento del trasplante.