



ISSN: 1697-090X

Inicio  
Home

Indice del volumen  
Volume index

Comité Editorial  
Editorial Board

Comité Científico  
Scientific Committee

Normas para los  
autores

Instruction to  
Authors

Derechos de autor  
Copyright

Contacto/Contact:



## QUILOPERITONEO SECUNDARIO AL USO DE LERCADIPINA EN DIALISIS PERITONEAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Nahuel Flores<sup>1</sup>, Carlos G. Musso<sup>1</sup>, Agustina Heredia Martinez<sup>1</sup>, Meliza Galarza<sup>1</sup>, Fernando Garcia<sup>2</sup>, Guillermo Rosa Diez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología -Hospital Regional Rio Gallego.  
Argentina

[carlos.musso @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2015;3:30-33

### RESUMEN:

El quiloperitoneo es una complicación raramente observable en diálisis peritoneal, siendo esta entidad definida por la presencia en el baño peritoneal drenado de una concentración elevada de triglicéridos.

En el presente artículo se relatan dos casos ascitis quilosa secundaria a lecardipina, así como también se analiza su etiología, características, y diagnósticos diferenciales

**PALABRAS CLAVE:** Quiloperitoneo. Diálisis peritoneal. Lecardipina.

---

### SUMMARY

Chyloperitoneum is a rare complication in peritoneal dialysis. This entity is defined by the presence of high concentration triglycerides in the peritoneal effusion.

In this paper two cases of chyloperitoneum secondary to lecardipine are described; and their causes, characteristics, and differential diagnoses are discussed

**Key words:** chyloperitoneum. Peritoneal dialysis. Lecardipine

---

## INTRODUCCIÓN

El quiloperitoneo es una complicación raramente observable en diálisis peritoneal, siendo esta entidad definida por la presencia en el baño peritoneal drenado de una concentración de triglicéridos mayor a 110 mg/dl<sup>1-2</sup>.

La lercadipina es un antihipertensivo perteneciente a la familia de los antagonistas cálcicos del grupo dihidropiridínicos, cuya indicación es frecuente en los pacientes hipertensos bajo tratamiento dialítico<sup>3</sup>. Entre las complicaciones más curiosas asociadas a este fármaco se ha reportado el desarrollo de quiloperitoneo en pacientes en diálisis peritoneal<sup>2</sup>.

En este sentido presentamos en el presente artículo, dos casos de quiloperitoneo pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria inducido secundarios a lercadipina.

**Caso 1:** Paciente sexo masculino, 51 años de edad, portador de insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulopatía primaria, y en diálisis peritoneal desde hace un año, que inicia lercadipina para manejo de su hipertensión arterial, y a los 5 días presenta bolsa peritoneal de aspecto lechoso, acompañado de leves molestias abdominales y sin fiebre.

Se realiza citológico de líquido peritoneal: 330 células/mm<sup>3</sup> (90% mononucleares); triglicéridos 439 mg/dl. Tomografía abdominal sin hallazgos patológicos. El cultivo de dos muestras de líquido peritoneal fue negativo.

Tras la suspensión de la lercadipina, el líquido de drenaje peritoneal normaliza su aspecto sin mostrar recidiva.

**Caso 2:** Paciente sexo femenino, 29 años de edad, portadora de insuficiencia renal crónica de causa desconocida, en diálisis peritoneal desde hace 2 años.

Desarrolla bolsa peritoneal con líquido turbio de aspecto lechoso en coincidencia con haber duplicado una semana antes la dosis de lercadipina, la cual recibe por presentar hipertensión arterial. Se realiza citológico de líquido peritoneal: 20 células (95% mononucleares). Cultivo negativo en dos muestras de fluido peritoneal.

Tras suspender la lercadipina se normaliza el aspecto del líquido peritoneal, sin que reaparezca el líquido quíloso.



Figura 1: líquido peritoneal quíloso.

## DISCUSIÓN

El líquido peritoneal quiloso suele ser de aspecto blanquesino, escaso en células, y con un grado de opalescencia que puede fluctuar en función de la concentración de triglicéridos que contenga, condición que está supeditada al tenor graso de la dieta<sup>2</sup>.

Este tipo de bolsa de diálisis peritoneal turbia puede deberse a una serie de mecanismos, que desde ya no son excluyentes entre sí, y que pueden reducirse a cuatro<sup>2,4</sup>:

- Alteración del flujo linfático: insuficiencia cardíaca descompensada, síndrome de vena cava superior, pancreatitis aguda (el páncreas edematizado obstruye por compresión los conductos linfáticos que convergen en la cisterna de Pecquet), obstrucción tumoral (linfomas, tumores sólidos o tumores carcinoides), infecciones (tuberculosis, filariasis), cirrosis, inflamación (sarcoidosis, fibrosis actínica, fibrosis retroperitoneal).
- Alteración estructural de los vasos linfáticos: cirugías abdominales, catéter peritoneal, neoplasias, alteración congénita de los vasos linfáticos.
- Exceso sérico de lípidos: síndrome nefrótico, dislipidemia primaria
- Fármacos: bloqueantes cálcicos dihidropiridínicos.

Con respecto a estos últimos, cabe destacar que el líquido opalescente secundario al uso de bloqueantes cálcicos, puede llegar a no ser quiloso al no alcanzar la concentración de triglicérido requerido para ser definido como tal (triglicérido: superior a 110 mg/dl) debido a la dilución que el baño peritoneal ejerce sobre dicho fluido. Una característica clínica que contribuye a distinguir una bolsa turbia secundaria a este tipo de fármacos de una de origen infeccioso, es que esta última cursa con reducción del volumen ultrafiltrado<sup>3</sup>. Si bien los casos descritos en este artículo fueron secundarios a lecardipina, se ha reportado que otros bloqueantes cálcicos tipo dihidropiridínico también pueden producirlo, yendo desde la manidipina (asociado al cuadro a un 42-100%), hasta la nifedipina (asociado el cuadro a un 0.6%). En cuanto a su mecanismo etiopatogénico, si bien es desconocido, se postulan entre otros: la reducción local del stress inflamatorio (menor producción de citoquinas), así como un efecto dilatador sobre los vasos linfáticos<sup>5-7</sup>. También se han reportado diferencias en el riesgo de desarrollar este cuadro entre distintas etnias e incluso entre personas de una misma etnia, lo cual se ha atribuido a la presencia de polimorfismos en el gen del canal de calcio<sup>5-6</sup>.

## CONCLUSIÓN:

Concluimos entonces, que debe tenerse presente entre las causas de quiloperitoneo en diálisis peritoneal, aquella secundaria a lecardipina o a bloqueantes del canal de calcio dihidropiridínicos, en general.

## REFERENCIAS

- 1.- Ronco C, Dell'Aquila R, Rodighiero MP Cloudy Peritoneal Dialysate: It's not Always Infection. Ronco C, Dell'Aquila R, Rodighiero MP (eds): Peritoneal Dialysis: A Clinical Update. Contrib Nephrol. Basel, Karger, 2006; 150: 187-194
- 2.- Lacy C, Armstrong L, Goldman M, Lance L. Drug Information Handbook. Lexi-Comp. 2004: 97-99
- 3.- Hsiao PJ, Lin HW, Sung CC, Wang CW, Chu P, Lin SH. Incidence and clinical course of lercanidipine-associated cloudy effluent in continuous ambulatory peritoneal dialysis. Clin Nephrol. 2010;74(3):217-22
- 4.- Yu-Tzu Tsao, Wei-Liang Chen. Calcium channel blocker-induced chylous ascites in peritoneal dialysis Kidney International. 2009; 75: 868
- 5.- Wei-Shun Yang, Jenq-Wen Huang, Huei-Wen Chen, Tun-Jun Tsai, Kwan-Dun Wu. Lercadipine-induced chyloperitoneum in patients on peritoneal dialysis. Peritoneal Dialysis International. 2008; 28: 632-636
- 6.- Yoshimoto K, Saima S, Nakamura Y, Nakayama M, Kubo H, Kawaguchi Y, Nishitani H, Nakamura Y, Yasui A, Yokoyama K, Kuriyama S, Shirai D, Kugiyama A, Hayano K, Fukui H, Horigome I, Amagasaki Y, Tsubakihara Y, Kamekawa T, Ando R, Tomura S, Okamoto R, Miwa S, Koyama T, Echizen H. Dihydropyridine type calcium channel blocker-induced turbid dialysate in patients undergoing peritoneal

dialysis. Clin Nephrol. 1998;50(2):90-3.

7.- Cheung CK, Khwaja A. Chylous ascites: an unusual complication of peritoneal dialysis. Peritoneal Dialysis International. 2008; 28: 229-231

**CORRESPONDENCIA:**

Carlos G. Musso, PhD  
Servicio de Nefrología y Medio Interno  
Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).  
Gascón 450. Buenos Aires.  
Argentina  
E-mail: [carlos.musso @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar)

---