

Síndrome de cava superior relacionado con catéter tunelizado para hemodiálisis, resuelto con Stent

María Teresa Centellas Tristán, María Luisa Garcinuño Martín, María Carmen García Rodríguez

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

Introducción:

La utilización de catéter central es cada vez más frecuente por mayor prevalencia de pacientes de edad, con arteriopatía periférica y diabetes, que dificultan la realización, maduración y funcionamiento de la FAVI. Esto ha motivado la utilización de más catéteres tunelizados en los territorios de yugular y subclavia. En un periodo de 8 años se utilizaron en nuestra unidad 125 catéteres tunelizados en yugular o en subclavia en 103 pacientes; 14 de ellos fue necesarios colocarlos en subclavia izquierda, 4 de ellos como acceso definitivo. Dos de estos pacientes presentaron Síndrome de Cava Superior 2º a trombosis de tronco innominado y estenosis crítica de cava superior.

Caso clínico:

Varón de 77 a. en hemodiálisis desde 2008 por glomerulonefritis mesangiocapilar, portador de VHC y EPOC. 1º acceso prediálisis: FAVI humerocefálica izquierda, no funcionante al inicio. Catéter temporal yugular derecho -3 semanas-. Catéteres femorales izquierdo y derecho -2 y 4 semanas-. Catéter tunelizado yugular derecho -3 meses-. Goretex humeroaxilar izquierdo, con trombosis no rescatable a los 10 meses. Catéter tunelizado por subclavia izquierda, (en espera de maduración de FAVI humerocefálica derecha que se reconvierte a goretex humeroaxilar derecho). Este catéter se utiliza durante 14 meses, retirándose por infección de orificio y tunelitis 2ª a SAMTR. Se implanta un nuevo catéter tunelizado por la misma subclavia izquierda, (para preservar goretex derecho) por otro orificio alejado de zona infectada (figuras 1 y 2), retirándose a los 5 días por fiebre y probable bacteriemia. Se sigue diálisis por catéter femoral durante 6 semanas hasta que goretex derecho fue útil. A los dos meses de uso, se aprecia aumento de las pre-

siones venosas, objetivándose en fistulografía estenosis de 3 cm en vena axilar (figura 3) que se dilata parcialmente con angioplastias (2). A los 3 meses, trombosis de goretex reparado con trombectomía y cirugía proximal protésica. Desde entonces se aprecia aumento del tamaño de tórax, cuello y cara, ingurgitación yugular, tos y dificultad respiratoria, con circulación colateral compatibles con Síndrome de Cava Superior, comprobándose en TAC estenosis de luz de cava superior de 3 mm de diámetro, desde la desembocadura de tronco innominado hasta la ácigos (figuras 4 y 5).

Resolución:

Se realiza angioplastia y colocación de stent de 6 cm (imágenes-película del procedimiento 6). A las 24 horas ya se aprecia disminución de la hinchazón de tórax y cuello (figura7). A los 3 meses el control TAC evidencia la endoprótesis de buen calibre y paso adecuado del contraste con menor circulación colateral (Figuras en serie 8).

Conclusiones:

La política de catéteres debe ser cuidadosamente evaluada, evitando su implantación en subclavia y yugular izquierdas. Los catéteres implantados en estas, deben ser más largos para asegurar que lleguen a la aurícula. La permanencia debe ser lo más corta posible, aunque estén tunelizados. En presencia de tunelitis, es preciso considerar un periodo mínimo de "vacaciones" antes de una nueva implantación. La colocación de endoprótesis, en caso de estenosis de vena, es eficaz y segura y probablemente una solución a largo plazo.