

DILATACION TRANSILUMINAL EN FISTURA ARTERIO- VENOSA *

R. Pascual, F. J. Muntaña

Servicio de Nefrología y Radioangiología

En el tratamiento de la hemodiálisis a los enfermos con insuficiencia renal terminal lograr una fístula arterio-venosa (FAVI) funcional y permeable de forma permanente es imprescindible para el mantenimiento de estos enfermos.

La estenosis en el tramo venoso arteriolizado produce la disminución progresiva del «thrill» y del flujo sanguíneo.

Entre las causas que condicionan la estenosis, están los siguientes factores:

- lesiones de la íntima por manipulaciones quirúrgicas durante la implantación.
- la punción constante altera las condiciones fisiológicas del vaso produciendo hiperplasia y fibrosis.
- Vasoespasmos por punciones dificultosas, dolor o hipotensión.

Para tratar de vencer esta dificultad de forma temprana sin llegar a la oclusión y precisar una nueva fístula y teniendo en cuenta las posibilidades de la angioplastia transluminal percutánea, presentamos dos casos de dilatación a nivel venoso por estenosis proximal a la anastomosis.

TÉCNICA

Se basa en:

1. Fistulografía para precisar el lugar de la estenosis arterial o venosa.
2. localizada la estenosis, se elige el lugar de abordaje, proximal, punción anterograda, con aguja teflonada 16 Ga., 18 G. Canalizada la vena, se introduce una guía angiográfica con la que se debe cruzar al estenosis, deslizando un catéter de Grüntzig hasta el lugar de la estenosis, procediéndose al hinchado del globo, mediante contraste, a una presión de 5 atmósferas durante 20 segundos. Se repite dicha operación de dos a tres veces, tras lo cual se retira el catéter dilatador y se practica nueva fistulografía de control.
3. Medicación: 24 horas antes de practicarse la dilatación se inicia tratamiento con antiagregantes plaquetarios y durante la dilatación se administran heparina a dosis de 1 mg/Kg. y vasodilatadores. Asimismo se administran anestésicos locales y suave sedación general según precise el paciente.

1.º caso: Paciente diagnosticado de insuficiencia renal crónica por nefroangiosclerosis, de 43 años de edad. Se le practicó FAV el 7/6/82, normofuncionante desde el inicio, con flujos sanguíneos de 250-300 ml/min. A los 10 meses se observó disminución del thrill, no alcanzando flujos de sangre superiores a 150 ml/min., sin registrarse ningún hematoma ni dificultad en la punción. Mediante fistulografía se apreció estenosis del 80 % en el sector venoso a 1 cm. del lugar de la anastomosis.

2.º caso: Paciente diagnosticado de insuficiencia renal crónica por poliquistosis renal 32 años de edad. Se le practicó fístula arteriovenosa el 26/11/82 normofuncionante desde el inicio, con flujo sanguíneo de 250 ml/inin. A los 45 días, se observaron colapsos intermitentes del flujo sanguíneo durante las sesiones de hemodiálisis, disminuyendo palpación. La dilatación venosa arterializada y el flujo sanguíneo a 150 ml/min.

Mediante fistulografía se apreció estenosis del 90 % en el sector venoso a 0,5 cm del lugar de la anastomosis.

Durante la dilatación manifestaron dolor en el lugar de la estenosis que cedió con administración de analgésicos.

La visualización de la estenosis se realizó por radioescopia y posterior fistulografía, observándose una disminución considerable de la estenosis.

A las 24 horas de la dilatación, se apreció aumento del thrill.

A las 48 horas, durante la sesión de hemodiálisis, se practicó unipunción en el lugar más distal de la estenosis, consiguiéndose unos flujos promedio de 200 ml/min.

A la semana las punciones fueron correctas, con flujos de 250 ml/min., sin registrarse ninguna modificación hasta la actualidad.

CONCLUSION

Dada la sencillez de la técnica creemos que la recanalización del tramo venoso (¿¿¿erializado) cuando no está parado el «thrill» está indicada como técnica de recurso para el aprovechamiento de algunas fístulas, sin dejar de utilizar el acceso vascular para realizar las sesiones de hemodiálisis.