

FISTULA ARTERIO-VENOSA INTERNA A NIVEL BRAQUIAL *

R. Pascual, M. Cardona, S. Mata

Hospital de la Cruz Roja de Barcelona
Servicios de Nefrología y Cirugía Vasculat

Desde que Cimino, Brescia y cols. en 1966 desarrollaron por primera vez una fístula arterio-venosa interna (FAVI) como acceso vascular para hemodiálisis en enfermos con insuficiencia renal crónica, la perspectiva de mantenimiento de estos enfermos en programa de hemodiálisis aumentó considerablemente, al ser este tipo de fístulas de mayor duración y presentar una incidencia menor de complicaciones en relación al acceso vascular externo.

Aunque está universalmente aceptado que el lugar ideal para el acceso vascular es el territorio venoso del antebrazo preparado (arterializado) a nivel del tercio distal, en ocasiones no es posible obtener un resultado definitivo y satisfactorio al presentarse dificultades en el calibre de las venas del antebrazo por procesos trombóticos anteriores o lesiones obstructivas que dificulten el flujo arterial (arterioesclerosis, calcificaciones, etcétera ...). La obesidad y la edad avanzada en algunos pacientes aumenta las dificultades en el éxito de la fístula.

Como alternativa a esta situación se han descrito muchas técnicas, como injertos de carótida de vaca, prótesis sintéticas, loop de safena, accesos externos y la utilización de los vasos en la región del brazo y codo.

En esta comunicación analizamos los resultados obtenidos en 4 pacientes a los que se les practicó una fístula arterio-venosa interna en el brazo, mediante previa superficialización de la vena cefálica.

Desde enero de 1981 hasta la actualidad se han practicado 53 fístulas arterio-venosas internas a nivel radial y 4 a nivel braquial, en un total de 43 pacientes de 30 a 75 años de edad.

En 33 pacientes la FAVI funciona desde el inicio y hasta la actualidad.

En 2, la FAVI fracasa a los 2 años de funcionamiento, en 8 enfermos adicionales, la FAVI fracasa desde el inicio. En 4 de estos enfermos y en los 2 del grupo anterior, se realiza un segundo intento con éxito. En 4/8 enfermos con fracaso inicial de la FAVI, se intenta una segunda colocación, también sin éxito y es entonces cuando se pasa a la superficialización venosa cefálica con anastomosis de la braquial. Estos 4 enfermos, forman la base del presente trabajo.

TÉCNICA

Se practica flebografía para conocer el estado de los vasos del brazo y poder escoger el menos lesionado y de mayor calibre entre la vena cefálica y la basílica.

Posteriormente se disecciona la vena escogida en toda su longitud, desde el pliegue del codo hasta cerca de su abocamiento axilar (surco deltopectoral), ligando todas sus colaterales y mediante diversas incisiones longitudinales y clampaje, se confecciona un túnel subcutáneo apartando de las incisiones efectuadas para la disección y se anastomosa con la arteria humeral latero-terminal en «pico de flauta» con Proline 5-6 (fig.).

Una vez finalizada la anastomosis vascular deberán ser comprobadas la existencia de flujo, pulso venoso, dilatación de la red venosa en comparación con el preoperatorio y reseñar la presencia de soplo continuo arterio-venoso sobre el sector venoso arterializado, especialmente

en la zona próxima a la anastómosis. Pasadas 3-4 semanas se podrá empezar a puncionar.

El utillaje preciso para la realización de la hemodiálisis no difiere del usado con las fístulas radiales, las punciones en general son fáciles de realizar porque se produce una importante dilatación venosa.

Hasta la actualidad funcionan con normalidad desde el inicio, cumpliéndose un período de dos años.

En ocasiones, se han producido hernatomas en las primeras punciones si no ha habido suficiente tiempo de maduración desde su implantación, en estos casos se han utilizado temporalmente técnicas de unipunción sin dificultad.

En ocasiones existieron problemas de hemostasia al retirar las agujas de punción debido al tejido laxo perivenoso de la región y al elevado flujo y presión que origina el calibre de los vasos en esta zona proximal.

RESULTADOS

Con esta técnica pretendemos aprovechar al máximo las venas del brazo, consiguiendo un buen thrill por el calibre superior de los vasos en este lugar.

No hemos observado ningún fallo en este tipo de fístula.

Creemos puede ser una técnica de elección después de haber fracasado la fístula radial en aquellos pacientes en los que sea difícil obtener un acceso vascular definitivo y permanente. Permite agotar todas las posibilidades de cada paciente utilizando sus propios vasos desde la fístula arterio-venosa radial, braquial, safena y pasando, al final, a los métodos más recientes, de injertos, prótesis, etc... cuya duración y efectividad son algo más cuestionables.