

Una solución posible antes de la colocación de una prótesis

R. Segura Iglesias, S. Aced Garriga *

Resumen

Se presenta un caso límite por las características de peso y dificultad de construir un acceso vascular permanente en una paciente joven.

La solución dada al caso, combinando un catéter de subclavia con la superficialización venosa, puede aportar una nueva visión terapéutica en la solución futura de estos pacientes obesos antes de la colocación de una prótesis.

A possible solution before the placing of a prothesis

Because of the weight characteristics and the difficulty of permanent vascular access surgery in a young female patient a singular case is presented.

Our solution for this case was the combination of a subclavian catheter with the raising of the vein to the surface, can bring a new therapeutic vision for the future solution for these obese patients before the placing of a prothesis.

Introducción

La fístula más utilizada y duradera es la que se efectúa en el nivel distal del antebrazo entre la arteria radial y la vena radial superficial, cuya duración, si se lleva a cabo de manera adecuada, se acerca al 70 % de permeabilidad para un período de seguimiento de 3 años (1).

Cuando esta fístula falla o no es posible mantenerla por el calibre venoso, se han propuesto otras soluciones (2, 3), siendo factores condicionantes la profundidad a que se encuentran las venas del antebrazo y brazo (obesos) y la abundancia de venas permeables en el antebrazo (posibilidad de desarrollo desde el codo hacia abajo), entre otros.

Otro tipo de accesos son los catéteres venosos temporales, como la subclavia, que en nues-

tro medio suelen ser la primera vía de acceso, y en los casos de fracaso agudo de una fístula se utilizan de modo alternativo mientras no se establece un nuevo acceso definitivo.

Evidentemente, la otra posibilidad es el uso de prótesis heterólogas o sintéticas, que colocadas a modo de puente entre arteria y vena pueden ser puncionadas en pocos días, y últimamente los ingenios tipo Hemosite que no necesitan de punción para la diálisis.

El motivo del presente trabajo es presentar una solución que combina la utilización de una fístula a nivel del codo y posterior superficialización de la vena basilica, y el uso de un catéter de subclavia, mientras no se efectuó la superficialización, en una paciente extremadamente obesa.

Caso clínico

Mujer de 40 años, afecta de IRC terminal secundaria a nefropatía intersticial crónica por reflujo bilateral. Estaba controlada desde 1977 por crisis hipertensiva (210/125), siendo evidenciada en este ingreso la existencia de IR moderada y reflujo vesico-ureteral bilateral, que no fue intervenido por oposición de la paciente.

Fue controlada periódicamente hasta diciembre de 1980 en que, por evolución progresiva de la IRC, precisa hemodiálisis.

La paciente presenta obesidad severa (83 kg) para su talla (154 cm), siendo de destacar que *el perímetro de su brazo es de 58,3 cm.*

El día 5 de diciembre de 1980 se le practicó una fístula arterio-venosa (FAV) radial derecha, la cual se trombosa el día 29 de enero por hipotensión durante la diálisis.

* Clínica Corachán. Barcelona.

A continuación, se practica nueva FAV radial izquierda, la cual se trombosa a los 3 días por la misma causa. Hay que señalar que el calibre venoso en ambos lados era inferior a 2 mm.

La siguiente FAV fue realizada entre la arteria radial y la vena radial superficial a nivel del tercio medio-tercio inferior del antebrazo izquierdo, que se trombosa a los 13 días por nueva hipotensión, juntamente con una cánula de Scribner por la cual se dializaba la paciente.

Por fin, el día 25 de abril de 1981 se plantea la indicación de superficialización de la vena cefálica izquierda, pero al disecar el pliegue del codo no existe anatómicamente dicha vena, por lo que se decide la práctica de una FAV latero-lateral entre la arteria braquial y la vena basilíca a nivel del pliegue del codo (fig. 1).

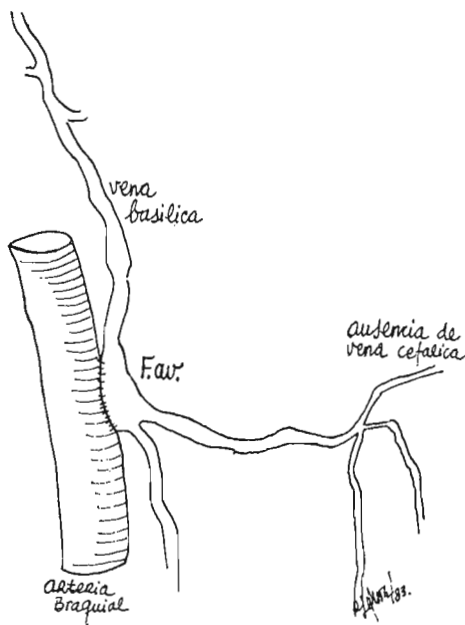


Fig. 1. Esquema de los hallazgos operatorios y técnica quirúrgica efectuada.

Mientras tanto, la paciente mantiene sus diálisis mediante una subclavia que se implanta al no poderse realizar la superficialización de la vena cefálica.

En septiembre de 1981, y debido al gran pániculo adiposo que presenta la paciente, se hace imposible la punción de la vena basilíca, por lo que se decide la superficialización de dicha vena.

La superficialización se realiza bajo anestesia local al 0,5 % practicándose incisión longitudinal sobre el trayecto de la vena basilíca en la cara interna del brazo (fig. 2).

Una vez disecada la vena, se procede a la ligadura de todas sus colaterales con puntos de transfijión de 6/0. Se sutura a continuación el

tejido celular subcutáneo por debajo de la vena, dejándola situada inmediatamente debajo de la piel, consiguiéndose así un trayecto de unos 15 cm de vena superficializada, que pudo ser utilizada a las 2 semanas de la intervención con excelentes flujos. Su duración es en la actualidad superior a los 27 meses.

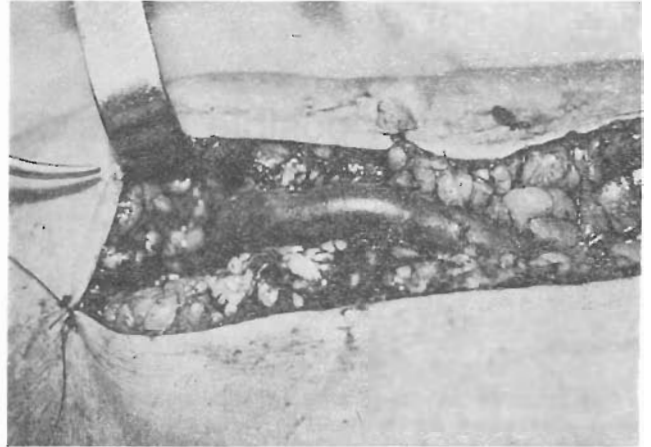


Fig. 2. Calibre de la vena basilíca superficializada, que descansa sobre el tejido adiposo, suturada por debajo de ella.

Discusión

Ante una FAV no apta para hemodiálisis, se plantea una problemática, que comporta tres ideas fundamentales:

1. aprovechar al máximo los vasos del paciente, ya arterializados;
2. acortar el tiempo de latencia entre el procedimiento quirúrgico y la utilización del acceso.
3. no precipitarse en la colocación de una prótesis.

En la paciente del caso que nos ocupa (recordemos su importante obesidad), se intentó respetar los puntos 1 y 2, aunque para ello se alargase el tiempo de latencia entre el procedimiento quirúrgico y la utilización del acceso en 4 meses.

Sin embargo, justificamos este retraso en la idea ya expresada en anteriores trabajos de los autores (2, 3) que se refieren al exhaustivo empleo de todos los posibles recursos del propio paciente antes del uso de una prótesis. Esto se consigue planificando con cuidado los accesos sucesivos, aprovechando la red venosa ya arterializada mediante técnicas de reparación inmediata (2) o mediante una FAV en el codo (3), o en este caso mediante el uso de dos técnicas

combinadas como son el catéter de subclavia y la superficialización de la vena basilica. Por otro lado, si analizamos diferentes estudios sobre prótesis, transposiciones de safena, carótida bovina, etc., vemos que, por ejemplo, la permeabilidad de la carótida bovina oscila entre el 34-36 % a los 3 años; la vena safena para el mismo período de tiempo sólo alcanza el 20 % de permeabilidad acumulada; el ingenio de biocarbón a los 9 meses presenta una permeabilidad del 64 %, pero el índice de infección para el mismo período de tiempo es del 39 %, siendo la carótida bovina la segunda en infecciones con un 16 %.

Las prótesis de PTFE presentan, en estos estudios revisados, una permeabilidad acumulada del 60 % a los 3 años, con un índice de infección del 8-10 % para el mismo período, pero en nuestra experiencia el índice de infección es del 20 % y su permeabilidad se acerca al 50 % a los 2 años.

Todo esto significa que las prótesis que se infectan han de ser retiradas de inmediato y que, además, en la mayoría de los casos la infección ocurre en las primeras semanas de su implantación.

Por todo ello, insistimos en la necesidad absoluta de aprovechar al máximo todos los vasos del paciente antes de decidir colocar una prótesis. En el caso que presentamos, combinando un catéter de subclavia y superficialización de la

vena basilica se consiguió un acceso útil que está funcionando desde hace más de 27 meses sin ningún problema, y concluimos que este método combinado podría ser de elección sobre todo en pacientes obesos con escasas y finas venas en los antebrazos antes de decidir sobre la colocación de una prótesis.

Bibliografía

1. Wilson, S. E.; Stabile, E. E.; Williams, R. A., y Owens, M. L.: Estado actual de las vías de entrada al sistema vascular. Clin. Quirur. de Nort., vol. 3, págs. 531-554, 1982.
2. Segura, R., y Aced, S.: Utilización de la red venosa previamente arterializada en la reparación inmediata de fistulas arteriovenosas. Revista de la SEDYT, vol. IV/1, 19-22, 1982.
3. Segura, R., y Aced, S.: Aprovechamiento de la red venosa arterializada mediante fistula arteriovenosa en el pliegue del codo. Revista de la SEDYT, volumen V/2, 59-62, 1983.
4. Haimov, M.; Burrows, L.; Schauzer, H.; Neff, M.; Baez, A.; Kwun, K., y Slifkin, R.: Experience with arterial substitutes in the construction of vascular access for hemodialysis. J. of Cardiovas. Surg., 21, 1980.
5. Nissenson, A. R.; Raible, D.; Higgins, R. E., y Golding, A. L.: No-needle dialysis (NND), experience with the new carbon transcutaneous hemodialysis (HD) access device (CTAD). Clinical Nephrol., volumen 15, n.º 6, 302-308, 1981.