

Utilización de la red venosa previamente arterializada en la reparación inmediata de fístulas arteriovenosas

R. Segura, S. Aced *

Resumen

Se presentan 13 casos de reparaciones inmediatas de fístulas A-V para hemodiálisis, utilizando un método consistente en la práctica de una nueva anastomosis por encima de la anterior empleando la misma red venosa ya dilatada. Hubo 2 fracasos tempranos (15 %) y 2 fracasos tardíos (15 %) y la permeabilidad acumulada para el procedimiento en un período de observación de 30 meses es del 50,7 %. No se registraron complicaciones. Se concluye que este tipo de solución para una fístula arteriovenosa no funcionante presenta una serie de ventajas, entre las cuales los autores destacan el aprovechamiento al máximo de la red venosa ya desarrollada y el uso inmediato del acceso sin alteración del programa de diálisis.

The use of the previously arterialized venous network in the immediate repair of the A. V. fistula

We present 13 cases of A. V. fistule repairs for hemodialysis using a consistent method in the practise of a new anastomosis above the former using the already dilated venous network itself. There were 2 early failures (15 %) and 2 later failures (15 %) and the accumulated permeability for the procedure in an observation period of 30 months is 50.7 %. There were no complications. We concluded that this type of solution for nonfunctioning arteriovenous fistule offers a series of advantages, among which the authors emphasise the maximum use of the already developed venous network and the immediate use of the access without changing the dialysis programme.

Utilisation du réseau veineux préalablement artérialisé dans la réparation immédiate des fistules A. V.

On présente 13 cas de réparation immédiate de fistules A. V. pour hémodialyse en utilisant une méthode qui consiste à pratiquer une nouvelle anastomose par dessus la précédente en utilisant le même réseau veineux déjà dilaté. On a constaté deux échecs précoces (15 %) et deux échecs tardifs (15 %) et la perméabilité accumulée pour le procédé dans une période d'observation de 30 mois est de 50 %. On n'a enregistré aucune complication. On peut conclure que ce genre de solution pour une fistule artérioveineuse non fonctionnante présente une série d'avantages,

parmi lesquels les auteurs mettent en évidence l'utilisation maximum de la voie veineuse déjà développée et l'utilisation immédiate de l'accès sans altération du programme de dialyse.

Introducción

Es universalmente aceptado que las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis periódica tienen un funcionamiento limitado en el tiempo.

Ante una fístula no apta para diálisis, bien por hipoaflujo o bien por trombosis, se plantea una problemática dominada por dos ideas fundamentales: solucionar el acceso vascular del paciente lo más económicamente posible (procurando aprovechar al máximo los territorios venosos ya arterializados) y acortar el tiempo de latencia entre el procedimiento quirúrgico reparador y la utilización del acceso.

Aprovechando la observación ya publicada (1) y corroborada por los autores de que un número importante de fístulas obstruyen o disminuyen drásticamente su flujo por una estenosis de la vena de salida adyacente a la anastomosis arterio-venosa, comunicamos nuestra experiencia con un método de reparación para un acceso no funcionante (hipoaflujo o trombosis), consistente en la práctica inmediata de una nueva anastomosis por encima de la anterior, con salida a la misma red venosa ya arterializada, y con utilización inmediata sin que el paciente vea alterado su programa de diálisis periódica.

Materiales y método

Se analizan 13 reparaciones inmediatas de fístulas arteriovenosas no funcionantes en 12 pacientes, practicadas entre julio de 1979 y julio de 1981.

* Clínica Corachán. Barcelona.

Los criterios de indicación para la reparación inmediata fueron: en 8 casos, exclusivamente clínicos; y en los 5 casos restantes, se planteó la necesidad de realizar una exploración angiográfica para determinar la causa del hipoaflujo y valorar la red venosa del antebrazo (figs. 1 y 2). En todos los casos, el intervalo entre el fallo de la fístula y la reparación de la misma no excedió los 5 días.

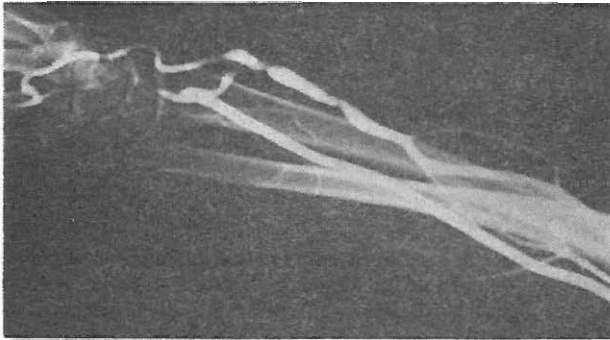


Fig. 1.

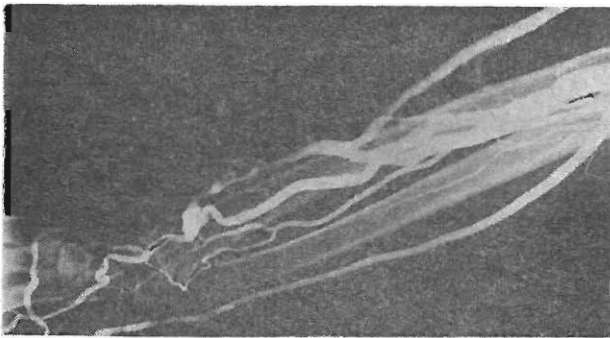


Fig. 2.

Se excluyeron como candidatos al procedimiento: accesos trombosados de más de 1 semana de evolución; pacientes en los que en el curso del examen clínico se evidenciaron zonas de cicatriz y/o estenosis por punciones repetidas o trombosis de la red distal; accesos a nivel del codo por encima del tercio proximal del antebrazo; y por último, pacientes con complicación de su estado general que hicieran recomendable asegurar al máximo la diálisis.

La reparación se efectuó siempre mediante la práctica de una anastomosis LATERO-TERMINAL con sutura no reabsorbible de 6/0, siguiendo la técnica ya publicada (1), entre 2 y 4 cm por encima de la anterior anastomosis (fig. 3). El procedimiento quirúrgico fue siempre realizado por los mismos cirujanos y no se prescribió ningún tipo de medicación en el postoperatorio.

Resultados

Se analizaron un total de 13 reparaciones inmediatas de accesos vasculares en 12 pacientes, de los cuales el 25 % eran hembras (3/12) y el 75 % eran varones (9/12), con edades comprendidas entre 25 y 62 años con un promedio de 49 años (tabla I).

El período de seguimiento fue de 30 meses, desde julio de 1979 a febrero de 1982.

Se produce el fracaso de dos reparaciones entre los 0 y 90 días de su realización, la primera fue inmediata y debida a extensa trombosis de la vena de salida y asociada a la lesión parietal de la vena por punciones repetidas; la producida a los 3 meses, fue de causa no determinada. Esto supone un fracaso precoz (entre 0 y 90 días) del 15 % (2/13).

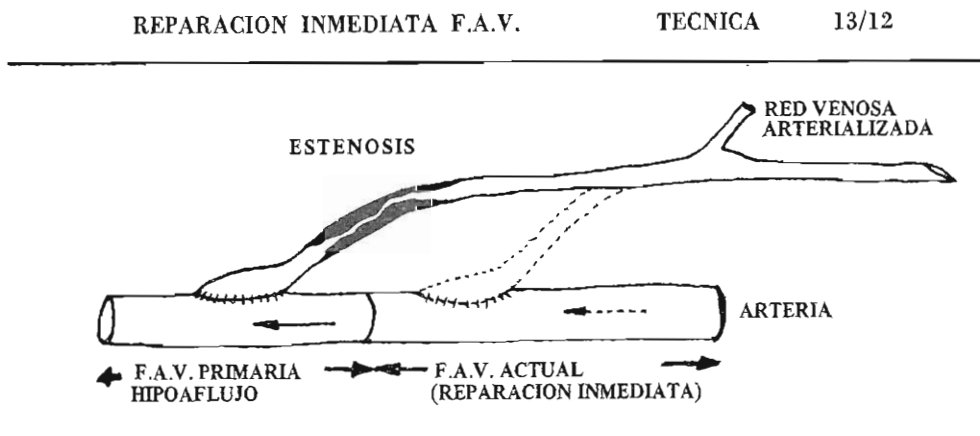


Fig. 3.

TABLA I

Reparación Inmediata FAV

Edad y sexo	12 pacientes
Entre 25 y 62 años	Media 49,3
Varones: 9/12 (75 %)	
Hembras: 3/12 (25 %)	

Además, se registran dos fracasos tardíos, que suceden a los 18 y 22 meses respectivamente, el primero de ellos por trombosis extensa de la única vena de salida de la fístula, la cual se había desencadenado desde una zona de punciones repetidas; y el otro, por un bajo flujo que impide la correcta diálisis y obliga a la práctica de un nuevo acceso vascular en el codo del mismo lado.

El cálculo de la permeabilidad acumulada para este período de 30 meses queda señalado en la Tabla II y es del 50,7 %.

En ningún paciente se registró síndrome de robo ni signos de isquemia en la mano.

No tuvimos ningún caso de infección. El espasmo venoso fue inexistente en todos los casos, en contra de lo que sucede en las fístulas de nueva creación, el cual se produce según nuestra experiencia en un 70 % de los casos.

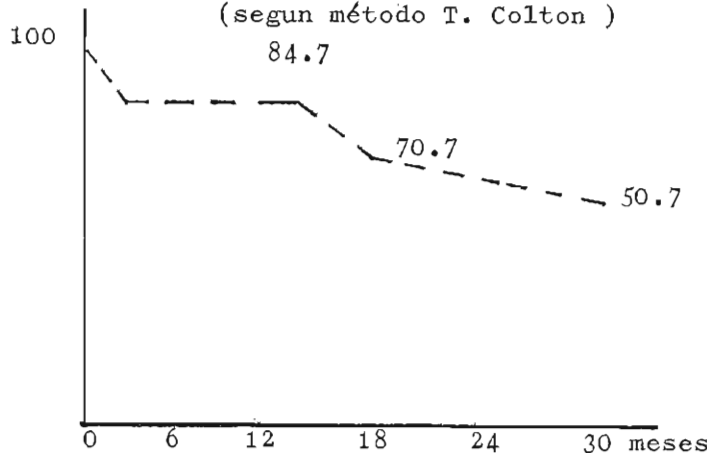
Discusión

Es de destacar que en 11 de 13 reparaciones inmediatas fue posible la utilización de la red venosa ya desarrollada por el acceso primitivo de forma inmediata, lo que representa que el 85 % de los pacientes pudieron ser dializados sin requerir ningún otro procedimiento sustitutivo (subclavia, Scribeiner, etc.), por lo que el tiempo de latencia entre el procedimiento quirúrgico reparador y la utilización del acceso fue inferior a las 24 horas.

Como solución técnica en el manejo de las trombosis y/o hipoaflujos ofrece mejores resul-

TABLA II

Tabla de permeabilidad acumulada (según método T. Colton)



tados que la trombectomía con o sin angiografía operatoria, que según las series publicadas (2) oscilan entre un 20-40 % de buenos resultados a 12 meses.

Aunque los resultados a largo plazo de las reparaciones de las fístulas arteriovenosas son sensiblemente inferiores que los obtenidos con las fístulas primarias (un 50,7 % frente a un 96,5 % en el mismo período de tiempo de 30 meses), es necesario señalar que estas reparaciones se realizan sobre una red venosa ya utilizada, por lo que no se puede esperar la misma

permeabilidad que en una primera fístula, que se realiza sobre un territorio venoso intacto. Pero precisamente el hecho de utilizar el mismo territorio venoso comporta las siguientes ventajas:

- Ahorro de otros vasos todavía intactos.
- Aprovechamiento máximo de la red venosa ya desarrollada.
- Uso inmediato del acceso, con lo que no se altera el programa de diálisis del paciente.
- No exige el ingreso del paciente en el Hospital.

Por último, pensamos que la reparación inmediata obvia la práctica de una intervención sobre la zona estenosada, que nos parece que no es aconsejable por la calidad del tejido que probablemente existe a este nivel (hiperplasia) y que complicaría el acto quirúrgico (3).

Bibliografía

1. Segura, R.; Aced, S.; Camps, L. y als.: Fístula AV con anastomosis latero-terminal: análisis prospectivo de 34 fistulas. Revista de la SEDYT, III/3, 133-138, 1981.
2. Bone, G. E.; Pomajzl, M. J.: Management of Dialysis Fistula thrombosis. The Am. Jour. Surg., vol. 138, 901-906, 1979.
3. Silcott, G. R.; Vannix, R. S.; Depalma, J. R.: Repair versus new arteriovenous fistulae. Trans. Am. Soc. Artif. Intern Organs, vol. 26, 99-104, 1980.