

Complicaciones a medio plazo de la prótesis vascular Hemosite

S. Llorente, E. Lucas, M. Alegría, A. Genovés, L. Jimeno, M. Rodríguez-Gironés*

Resumen

Presentamos 6 pacientes a los que se ha implantado siete prótesis vasculares Hemosite en los últimos tres años. Las principales complicaciones han sido las infecciones y la trombosis del injerto, que han causado la pérdida del dispositivo en una y cuatro ocasiones, respectivamente. Pensamos que puede ser de utilidad la anticoagulación con dicumarínicos. Las trombosis responden a fibrinolíticos y/o trombectomía con catéter de Fogarty, pero con frecuencia existen estenosis de la porción venosa que condicionan recidivas de la misma.

PALABRAS CLAVE: Hemosite. Trombosis. Anticoagulación.

Middle term complications of the Hemosite

We present 6 patients who have had vascular Hemosite prosthesis implants in the last three years. The main complications have been infections and graft thrombosis which have caused the loss of the device in one and on four occasions respectively. We believe that anti-coagulation with dicumarinics could be useful. The thrombosis respond to fibrinolytics and/or thrombectomy with a Fogarty catheter, but there are frequent stenosis of the vein portion which create relapses of this condition.

KEY WORDS: Hemosite. Thrombosis. Anti-coagulation.

Introducción

Desde el año 1985 estamos utilizando en nuestro Servicio la prótesis vascular Hemosite, cuya experiencia preliminar publicamos en esta misma revista (1). En aquella ocasión, con un seguimiento medio de 7 meses sobre 4 pacientes, las complicaciones encontradas fueron mínimas, con sólo una trombosis, que se solucionó con fibrinolíticos y sin incidencia de infecciones.

Desde entonces, y tras tres años de utilización del dispositivo, hemos encontrado una serie de complicaciones, cuya comunicación pensamos que puede ser de utilidad para los que manejan esta prótesis.

Material y métodos

A 6 pacientes en programa de diálisis periódica se les han implantado, desde marzo de 1985, siete dispositivos Hemosite. La indicación del implante fue en todos los casos la inexistencia de otro acceso vascular viable y la imposibilidad de realizar diálisis peritoneal.

El Hemosite consta de un cuerpo de titanio en forma de T protegido por dacrón, con un septo autosellador de silicona alojado en el cilindro percutáneo y que es retenido por una placa de presión y un aro de cierre (fig. 1). Una tapa protectora cubre el dispositivo entre las diálisis. El tipo de Hemosite empleado por nosotros es con injerto de Goretex y su implantación se ha realizado, según la técnica previamente descrita (2), en el brazo no dominante, excepto en 2 casos en que se colocó en la extremidad inferior.

En caso de precisar, la fibrinólisis se realizaba bien con estreptoquinasa, 210.000 U. en perfu-

* Servicio de Nefrología. "Hospital Virgen de la Arrixaca". Murcia.

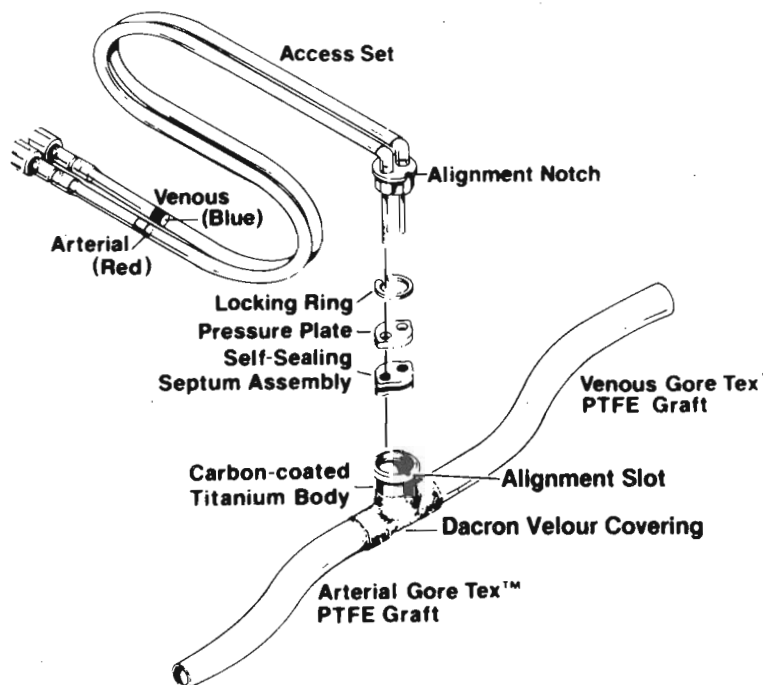


Fig. 1. Representación esquemática del acceso vascular Hemasite.
(Reproducido con permiso de Renal Systems Incorporation. Minneapolis.
Minnesota. 55441. EE.UU.)

TABLA I

Complicaciones de la prótesis de Hemasite

	N.º de episodios	N.º de prótesis	%	Pérdida injerto	Solución
Infección	4	3	42	1	Antibióticos Extirpación
Trombosis	8	6	85	4	Fibrinólisis Fogarty ¿Anticoagulación crónica?

sión precedida por un bolo de 40.000 U., a través del dispositivo, o bien con uroquinasa, diluyendo 50-100.000 U. en 20 cc. de suero fisiológico y administrándola en perfusión continua a través de la propia prótesis durante unos 20 minutos. Si en una hora no se había recanalizado, se volvía a repetir la infusión hasta un máximo de 400.000 U. En caso de resolución de la trombosis, se mantenía heparinización sistémica durante 24 h.

Resultados y discusión

En un período de 3 años se han implantado un total de 7 dispositivos Hemasite a 6 pacientes, comprendidos entre 32 y 66 años de edad, siendo 4 mujeres y 2 hombres. En la actualidad, sólo funcionan dos de ellos, con una vida media de utilización de 12,6 meses y unos límites extremos de funcionamiento de 7 y 16 meses.

A continuación, exponemos las complicaciones más frecuentes que hemos encontrado (tabla I).

Infeciones: 4 episodios en 3 prótesis, lo que supone que casi la mitad se infectan al menos una vez (42,8 %). Los gérmenes más frecuentes fueron gram positivos (estafilococo) y enterobacterias (proteus y enterobacter). Estas infecciones tienden a cronificarse, aunque fueron causa directa de la pérdida del injerto en una sola ocasión, que cursó con cuadro séptico.

Trombosis: Ocho episodios en 6 dispositivos, lo que indica que el 85,7 % se trombosó al menos una vez.

La pérdida del injerto por esta causa ocurrió en cuatro ocasiones, siendo, por tanto, el principal motivo de pérdida del dispositivo (5). Es destacable el hecho de que en todos los casos en que se practicó angiografía tras la trombosis (75 %) se encontró una estenosis significativa (mayor del 50 % del diámetro del vaso) de la rama venosa (fig. 2), lo cual nos lleva a suponer que ésa era la principal causa de trombosis. En cuanto al tratamiento, se utilizaron fibrinolíticos en 7 ocasiones, recanalizándose en 3 casos. La trombectomía con catéter de Fogarty se realizó tras el fracaso de la terapia fibrinolítica, siendo eficaz en sólo una ocasión, puesto que aunque se producía la recanalización de forma momentánea, al poco tiempo volvía a ocurrir la retrombosis. En estos casos, así como en las prótesis de nueva implantación, pensamos podría ser de utilidad la anticoagulación con dicumarínicos, siempre y cuando no existan contraindicaciones, manteniendo una actividad de protrombina entre el 25 y el 35 %.

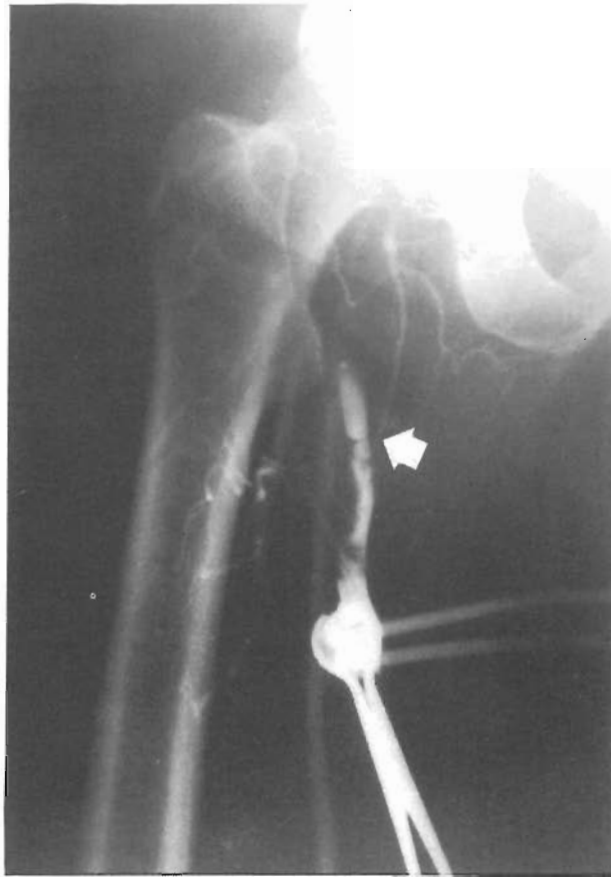


Fig. 2. Angiografía del Hemasite.
Estenosis de la rama venosa y trombos en su interior.

Conclusiones

El Hemasite es una prótesis vascular que por su costo y prestaciones sólo tendría actualmente indicación en nuestro medio, en casos de inexistencia de otro acceso vascular o de diálisis peritoneal (6).

Asimismo, pensamos que tiene ventajas la anticoagulación, puesto que la trombosis es la primera causa de pérdida del injerto. En caso de que ocurra la trombosis, la práctica de una flebografía nos mostrará con frecuencia una estenosis venosa; una vez solucionada la trombosis con fibrinolíticos y/o catéter de Fogarty, se podría intentar la dilatación de la estenosis o su reparación quirúrgica, puesto que las posibilidades de retrombosis son elevadas.

Bibliografía

1. Llorente, S.; Lucas, E.; Genovés, A.; Rodríguez-Gironés, M.: El Hemasite como alternativa de acceso vascular. *SEDYT*, VIII/4, 147-152, 1986.
2. Jain, K. M.; Patil, K. D.; Grochowski, E. C.; Argyles, S. N.: The Hemasite-incorporated graft. Operative technique and early results. *Am. J. Surg.*, 148 (5): 637-9, 1984.
3. Garrison, R. N.; Wathen, R. L.; Richardson, K. E.; Temes, G. D.: Initial experience with a new prosthetic angioaccess devide. *South Med. J.*, 78: 167-70, 1985.
4. Barth, R. H.; Schwartz, S.; Lynn, R. I.: High incidence of infections complications with the hemasite vascular access device. *Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs*, 30: 450-7, 1984.
5. Bonalumi, U.; Simoni, G. A.; Friedman, D.; Borzone, E.; Griffantibartoli, F.: Initial experience with hemasite vascular access device for maintenance haemodialysis. *Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc. Eur. Ren. Assoc.*, 21: 262-6, 1985.
6. Cristides, C.; Laskar, M.; Charme, J. P.: L'hemasite: un moyen d'accès vasculaire pour hemodialyse chronique. *Presse. Med.*, 13 (27): 1.693-4, 1984.