

Diálisis y Trasplante

CASO CLÍNICO

Síndrome vena cava superior en paciente con difícil acceso vascular para diálisis.

Melissa Pilco Teran. Médico Residente Nefrología Hospital Universitario de Girona "Dr. Josep Trueta". Girona, España. Isabel Garcia. Médico Adjunto Nefrología Hospital Universitario de Girona "Dr. Josep Trueta". Girona, España.

Servicio de Nefrología¹. Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas.

Palabras Clave

Hemodiálisis, diálisis, enfermedad renal crónica, acceso vascular.

Resumen

El síndrome de vena cava superior es una entidad bien conocida por los servicios de diálisis y cuya incidencia ha aumentado debido al uso de catéteres venosos centrales. Presentamos un caso de paciente en diálisis con dificultad de accesos venosos que presentó un síndrome de vena cava superior, en la que se decide realizar tratamiento de la estenosis con dilatación con balón y colocación de stent. Palabras clave: Hemodiálisis, diálisis, enfermedad renal crónica, acceso vascular.

Superior vena cava syndrome in a patient with difficult vascular access for dialysis.

Abstract

The superior vena cava syndrome is an entity well known for dialysis services and whose incidence has increased due to the use of central venous catheters. We present a case of dialysis patient who already had a difficult venous access and presented a superior vena cava syndrome, in which it was decided to perform the stenosis treatment with balloon dilation and stent placement. Keywords: Hemodialysis, dialysis, chronic kidney disease, vascular access.

Keywords

Hemodialysis, dialysis, chronic kidney disease, vascular access.

Introducción

El síndrome de vena cava superior es una entidad bien conocida por los servicios de diálisis y cuya incidencia ha aumentado debido al uso de catéteres venosos centrales. Su sintomatología es variada desde casos asintomáticos hasta casos muy graves con compromiso de vía aérea superior y que pueden requerir intervención de característica urgente. El diagnóstico usualmente es clínico, especialmente cuando hay sospecha en pacientes que han tenido múltiples catéteres u otros dispositivos de acceso vascular o aquellos que han presentado previamente complicaciones relacionadas con catéter y se debe sospechar en aquellos catéteres que han reducido su capacidad de dar flujo dialítico especialmente $<300\text{mL}/\text{min}$, se puede confirmar la sospecha por medio de eco doppler venoso pero la prueba gold standard para el diagnóstico es la venografía.

En cuanto al manejo del síndrome de vena cava superior depende de la gravedad, algunos casos pueden responder al tratamiento trombolítico especialmente en casos agudos, en ocasiones las obstrucciones crónicas al formar colaterales no generan problemas de diálisis ineficaz. Como tratamiento endovascular se recomienda la angioplastia con balón con o sin colocación de stent y si el tratamiento endovascular fracasa está indicada cirugía con realización de bypass en algunos casos.

Describimos el caso de una paciente que ha presentado varias complicaciones asociados a accesos vasculares para diálisis cuyo inicio de tratamiento fue urgente por medio de un catéter venoso central con posterior realización de FAVi y por complicaciones de la misma se debe continuar hemodiálisis por un catéter venoso central tunelizado permanente y como complicación presenta un síndrome de vena cava superior.

Caso clínico

Paciente mujer de 74 años, ex – fumadora, con antecedentes de DM tipo 2, HTA, dislipemia, ictus isquémico vertebrobasilar en febrero 2012 sin secuelas, estenosis crítica de arteria carótida interna derecha que requiere endarterectomía carotídea derecha en febrero de 2018, fibrilación auricular en tratamiento con betabloqueante, no anticoagulada por complicaciones hemorrágicas digestivas graves.

Inicio de Hemodiálisis en Junio 2012 por enfermedad renal crónica secundaria a ateroembolia.

El historial de los accesos vasculares fue el siguiente:

- Catéter yugular derecho tunelizado SplitStream en junio 2012. Que se retira en septiembre de 2014 por cambio de acceso venoso a FAVi humerocefálica.
- Fistula arterio-venosa húmero-cefálica izquierda realizada en julio de 2014.
- Se coloca nuevo catéter yugular izquierdo tunelizado SplitS-

ream en abril de 2015 sin incidencias posteriores.

Se realiza FAVi humero-cefálica izquierda en julio de 2014. Por isquemia distal de los 3°, 4°y 5°dedos de la extremidad superior izquierda (ya había requerido amputación transmetacarpiana previamente) secundaria a síndrome de robo de FAVi y por fracaso de tratamiento previo con bypass desde arteria humeral hasta arteria radial con vena safena interna invertida de muslo izquierdo (DRIL), en abril de 2015 se decide realizar ligadura parcial de FAVi y por persistencia de sintomatología con dolor durante la hemodiálisis se realiza ligadura completa en junio 2015, reiniciando así hemodiálisis por catéter yugular derecho tunelizado colocado en abril de 2015.

Desde marzo 2018 la paciente empieza a tener sensación de hinchazón facial que fue aumentando progresivamente hasta ser evidente y sin llegar a comprometer vía aérea en ningún momento. Se decide realizar cavografía diagnóstico-terapéutica. Por medio de la intervención se retira catéter yugular tunelizado izquierdo y se realiza flebografía izquierda observando paso de contraste por trayecto del catéter antiguo con permeabilidad del tronco braquiocefálico izquierdo. Se observa además estenosis significativa a nivel de la cava superior por encima del confluente del tronco braquiocefálico izquierdo. Se decide

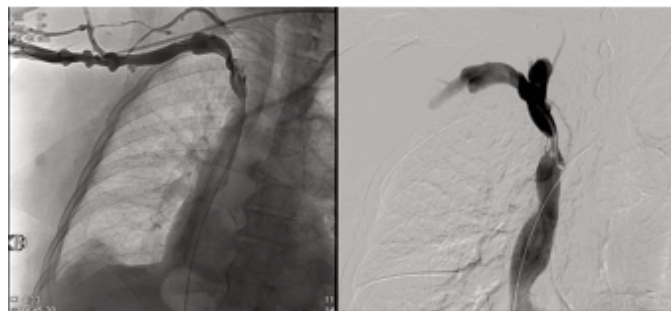


Imagen 1.

Flebografía derecha que muestra estenosis VCS al inicio del confluente del tronco braquiocefálico derecho.

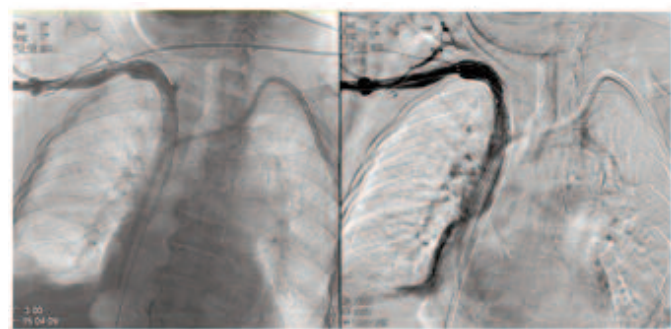


Imagen 2.

Resultado final post dilatación con balón + colocación de Stent en VCS.

realizar angioplastia con balón del 12mm de todo el trayecto antiguo del catéter de diálisis a nivel del tronco venoso braquiocefálico con buen resultado final. Se coloca nuevo catéter tunelizado 14F izquierdo de 23cm SplitStream.

No se observa permeabilidad de vena yugular derecha ni subclavia derecha por lo que posteriormente se realiza cateteri-

zación de vena humeral derecha y se realiza flebografía derecha observándose estenosis en vena cava bajo el confluente del tronco braquiocefálico (**Imagen N°1**).

Se realiza angioplastia con balón de 12mm a nivel de la estenosis anteriormente descrita. Se colocan dos stents tipo Venovo® de 12x40mm y 14x40mm con buen resultado final (**Imagen N°2**). Se decide no iniciar doble antiagregación debido al riesgo de sangrado.

Discusión

Presentamos el caso de una paciente con síndrome de vena cava superior como complicación del uso de catéteres venosos para hemodiálisis. Muchas veces, la obstrucción de venas centrales puede pasar desapercibida hasta ser lo suficientemente significativa para causar síntomas.

La creación de fístulas posterior al uso de catéteres en pacientes que tienen estenosis asintomática podría ser la causa ulceraciones distales en extremidades superiores, en esta paciente el Síndrome de robo de FAVi podría haber sido orientativo para pensar en estenosis de venas centrales, sin embargo no se puede demostrar su asociación y el cuadro clínico de la estenosis de vena cava se desarrolló varios años después.

Es importante valorar las condiciones sobre las cuales realizaremos accesos venosos permanentes y es primordial realizar un estudio previo del estado vascular antes de hacer una fístula, especialmente en pacientes que han sido portadores de catéteres centrales.

En este caso se decide mantener el catéter como acceso venoso pese a las complicaciones que éste puede ocasionar ya que no se cuenta con un mejor acceso venoso y las complicaciones que se llevaron a cabo al crear la FAVi han sido graves.

La realización de angioplastia es una técnica útil para permeabilizar la VCS y ampliamente descrita; en ocasiones es necesaria la colocación de stent para mejorar los resultados de la técnica.

- 5 Malik, J., Tuka, V., Kasalova, Z., Chytilova, E., M. Slavikova, P. C., Davidson, I., . . . D. Nichols, M. G. (2008). Understanding the dialysis access steal syndrome. A review of etiologies, diagnosis and prevention and treatment strategies. *The Journal of Vascular Access*(9), 155-166.
- 6 Surratt, S., Picus, D., Hicks, M. E., Darcy, M. D., Kleinhoffer, M., & Jendrisack, M. (1991). The importance of Preoperative Evaluation of the Subclavian Vein in Dialysis Access Planning. *American Journal of Roentgenology*, 623-625.

Bibliografía

- 1 Vascular Access 2006 Work Group. (July / 2006). Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. *American Journal of Kidney Diseases*, 48, S248-S276. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2006.04.040>
- 2 Agarwal, A. K., Patel, B. M., & Haddad, N. J. (January-February / 2007). Central Vein Stenosis: A Nephrologist's Perspective. *Seminars in Dialysis*, 53-62.
- 3 Tonak, J., Fetscher, S., Barkhausen, J., & Goltz, J. P. (May / 2015). Endovascular recanalization of a port catheter-associated Superior Vena Cava Syndrome. *The Journal of Vascular Access*, 434-436.
- 4 Massara, M., Caridi, G. D., Alberti, A., & Pietro Volpe, F. S. (2017). Symptomatic Superior Vena Cava Syndrome in Hemodialysis Patients: Mid-Term Results of Primary Stenting. *Seminars in Vascular Surgery*, 1-16.