

ACCESO VASCULAR PARA DIÁLISIS LUEGO DE TROMBOSIS DE INJERTO Y AGOTAMIENTO VASCULAR

J. Barraza, S. Cuadros, S. Jimenez, C. Noeding, A. Saavedra
Clínica Ricardo Palma
barrazajo@hotmail.com; 991880180

Introducción:

El agotamiento vascular es una complicación que aumenta la mortalidad hemodiálisis. El caso busca contribuir a la literatura sobre el uso de catéteres en vasos venosos utilizados para injertos vasculares.

Caso Clínico:

Mujer de 49 años, diagnóstico de enfermedad renal crónica no filiada en diciembre 2009, antecedente de abortos recurrentes e hipertensión, no tributaria de fistula arterio-venosa nativa por insuficiencia arterial periférica. Inició diálisis en enero 2011 por catéter subclavio derecho tunelizado que presentó disfunción, utilizó catéter subclavio izquierdo que se complicó con tunelitis, pasó a catéter yugular derecho. En diciembre 2012 se colocó injerto (PTFEe - politetrafluoretileno expandido) en asa femoro-femoral izquierdo, usó aspirina 100mg/día. En 2013 el injerto tuvo dos eventos de trombosis, revascularizados por trombectomía y se hizo reanastomosis del injerto por estenosis. En julio 2017 presentó trombosis total de injerto, se colocó catéter en vena subclavia derecha que fue disfuncional, se decide colocar catéter femoral izquierdo distal a la anastomosis del injerto y se implantó un injerto en asa femoro-femoral derecho, usó aspirina 100mg/24h. En julio 2018 presenta trombosis total del injerto y ante la imposibilidad de revascularización, diálisis peritoneal y acceder al abordaje translumbar, se colocó un catéter en la vena femoral común izquierda a 2cm de la anastomosis del injerto, previa evaluación vascular por ultrasonografía doppler y colocado bajo guía ecográfica. Al momento mantiene terapia dialítica adecuada, usa aspirina, no tiene evidencia de trombosis venosa profunda.

Discusión:

Las alternativas de acceso vascular a la fistula nativa se deben planificar para procurar el ahorro vascular. Las complicación frecuentes de los injertos vasculares son estenosis, trombosis e infecciones; las trombosis son rescatables por trombectomía quirúrgica, trombolisis o ambas y se debe buscar y resolver la estenosis de la anastomosis, en el caso de no rescatables se debe tener en cuenta la viabilidad de los vasos utilizados para el injerto en futuros accesos vasculares, para la prevención de trombosis del injerto en nuestra paciente se prefirió el uso de antiagregación plaquetaria frente a la anticoagulación por el riesgo de sangrado mayor en hemodiálisis y no se decidió el retiro del injerto pues no mostraba signos de infección. El uso de la vena femoral común izquierda que fue utilizada para la anastomosis en asa femoro-femoral permitió el ahorro vascular y la exposición innecesaria a procedimientos invasivos mayores.

Conclusiones:

En nuestra paciente el uso de la vena femoral común izquierda utilizada para la anastomosis del injerto fue un acceso viable para la colocación de un catéter de hemodiálisis.