



Impactación de un catéter permanente tunelizado para hemodiálisis en la vena yugular, una complicación excepcional

J. L. Merino, C. Galeano, A. Chinchilla* y J. Sánchez**

Servicio de Nefrología, *Cirugía Vasculay y **Radiología. Hospital Ramón y Cajal.

Sr. Director:

El envejecimiento de la población, el aumento de la incidencia de diabetes y el retraso en la remisión de los enfermos a los servicios de Nefrología ha aumentado la necesidad de recurrir al implante de catéteres vasculares para hemodiálisis¹. El uso de catéteres, provisionales o permanentes, no está exento de problemas²⁻⁴. La implantación y retirada de los mismos debe hacerlo un radiólogo intervencionista o un nefrólogo entrenado. La mayoría de las complicaciones relacionadas con los catéteres derivan de su implantación y uso (hematomas, hemotórax, pseudoaneurismas, fistulas, trombosis, estenosis, malfuncionamiento, infecciones,...)⁵⁻⁷. Las que tienen su origen en el propio catéter son menos frecuentes y la mayoría se deben a adherencias en la zona de inserción⁸. Presentamos una complicación grave por impactación endoyugular del anclaje del catéter que exigió cirugía mayor para su retirada.

Se trata de una mujer de 67 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2 de más de 20 años de evolución. Hipertensa, con retinopatía y nefropatía diabética, sin seguimiento nefrológico. A su ingreso se evidencia insuficiencia renal crónica avanzada. La enferma requiere tratamiento renal sustitutivo, para lo que se implanta un catéter tunelizado yugular derecho, tipo SchonTM (AngioDynamics®). Tres meses después presenta fístula arterio-venosa normofuncionante y se decide la retirada del catéter. De forma programada, se intenta su extracción mediante técnica habitual. Se realizó incisión perpendicular al acceso vascular y desbridamiento subcutáneo para hallar la zona de anclaje, pero no se localizó.

Ante la posibilidad de migración de la zona de anclaje a nivel intravascular, se realiza radiología

simple de Tórax y se compara con una imagen previa obtenida 3 meses antes tras la implantación del catéter (fig. 1). En la imagen izquierda, post-implante inmediato, se evidencia el catéter bien posicionado. En la imagen de la derecha, el día de la retirada programada, podemos observar la zona de anclaje impactada en la yugular interna, en la confluencia con la vena subclavia derecha, que confirma la migración de la zona de anclaje. Tras valoración por el Servicio de Cirugía Vasculay se decide intervención quirúrgica, bajo anestesia general. Se practica disección cervical, localización de la vena yugular interna, disección de la misma, extracción del catéter y sutura reparadora de la vena yugular. La enferma fue dada de alta 24 horas después, sin ninguna incidencia, con profilaxis antibiótica.

Los problemas más frecuentes del uso de este tipo de catéter suelen relacionarse con alteraciones del flujo sanguíneo, infecciones locales /sistémicas y los debidos a la técnica de implantación^{1,5-7}. Las relacionadas con su retirada son infrecuentes. La migración y enclavamiento de la zona de anclaje del catéter tunelizado, localizada en condiciones normales en el tejido celular subcutáneo, es un hecho inusual y, hasta donde conocemos, no referido previamente.

Describimos una complicación asociada al uso de catéteres permanentes para hemodiálisis ejemplariza



Fig. 1.—La flecha indica la zona de anclaje.

Correspondencia: Dr. José Luis Merino Rivas
Servicio de Nefrología
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar Viejo, km. 9,100
E-mail: jmerino.hrc@salud.madrid.org

la necesidad de un esfuerzo coordinado, entre el nefrólogo y otros especialistas, para que disminuya la necesidad de implantación de catéteres tunelizados en enfermos que van a precisar hemodiálisis crónicas. La remisión precoz de los enfermos con insuficiencia renal al nefrólogo y el establecimiento de guías de manejo de poblaciones de riesgo podría mejorarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naumovic RT, Jovanovic DB, Djukanovic LJ: Temporary vascular catheters for hemodialysis: a 3 years prospective study. *Int J Artif Organs* 27: 848-54, 2004.
2. Jean G, Charra B, Chazot C, Vanel T, Terrat JC, Hurot JM: Long-term outcome of permanent hemodialysis catheters: a controlled study. *Blood Purif* 19: 401-7; 2001.
3. Sotirakopoulos N, Skandalos L, Tsitsios T, Stambolidou M, Karamoschos K, Mavromatidis K: The incorrect placement of hemodialysis catheters in veins. The necessity for urgent x-ray evaluation for its position. *Ren Fail* 23: 127-33, 2001.
4. Caridi JG, Grundy LS, Ross EA, Prabhu PN, Tonkin JC, Hawkins IF Jr, Wiechmann BN, Pevarski DJ: Interventional radiology placement of twin Tesio catheters for dialysis access: review of 75 patients. *J Vasc Interv Radiol* 10: 78-83, 1999.
5. Beltrán B, Saurina A, Pon M, De Las Cuevas X; Massive hemothorax 48 hours after internal jugular vein catheterization without echographic guidance. *Nefrología* 24: 384-5, 2004.
6. Droll KP, Lossing AG: Carotid jugular arteriovenous fistula: case report of an iatrogenic complication following internal jugular vein catheterization. *J Clin Anesth* 16: 127-9, 2004.
7. Taal MW, Chersterton LJ, McIntyre CW: Venigraphy at insertion of tunelled internal jugular vein dialysis catheters reveals significant occult stenosis. *Nephrol Dial Transplant* 19: 15425. Epub Mar 2004.
8. Webb A, Abdalla M, Harden PN, Rusell GI: Use of the Tesio catheter for hemodialysis in patients with end-stage renal failure: a 2-year prospective study. *Clin Nephrol* 58: 128-33, 2002.