



Migración espontánea de extremo de catéter tunelizado en hemodiálisis

J. Megido*, A. Torres, A. Pobes y R. Forascepi

Servicio de Nefrología. Hospital Cabueñes. Gijón. *Unidad de Hemodiálisis Cruz Roja de Gijón.

Actualmente es frecuente la utilización de catéteres permanentes tunelizados para la práctica de hemodiálisis periódica¹. Su inserción, generalmente en vena yugular interna derecha², ayuda a solventar la dificultad en la realización de fístulas arteriovenosas en muñeca y pliegue del codo, debido al escaso desarrollo venoso de una población urémica cada vez más envejecida.

Las complicaciones de este nuevo tipo de acceso vascular son ampliamente conocidas, y experimentadas por quienes lo han utilizado. Unas se derivan de su abordaje, son las clásicas conocidas como hemorragia, punción arterial, neumotórax, hemotórax, etc. Las complicaciones infecciosas³⁻⁵ más tardías, y la disfunción del catéter por malposición o trombosis intra o periluminal^{6,7} son también ampliamente advertidas.

Referimos el siguiente caso por su rareza, al menos en nuestra experiencia, y las implicaciones que pueden derivarse de su corrección:

Mujer de 72 años en programa de hemodiálisis periódica por insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis membranosa. A punto de iniciar

hemodiálisis, se descubre incidentalmente una tumoración renal que obliga a nefrectomía derecha, diagnosticándose oncocitoma renal de escaso potencial de malignidad. Se realiza fístula radiocefálica izda.ca izda. y posteriormente humerocefálica izda. El primero resultó escasamente funcionante y el segundo provocó un síndrome de robo que precisó el cierre del mismo e inserción de 2 catéteres de Tessio en vena yugular derecha con buen funcionamiento inmediato. Radiológicamente se comprobó la ubicación del extremo distal venoso en posición baja, a la altura de aurícula derecha a nivel de entrada de la vena cava inferior, y el extremo del catéter arterial más alto, en aurícula derecha. 3 semanas más tarde se detecta problemas de presiones venosas elevadas en el retorno, comprobándose escaso flujo arterial al invertir las líneas. Se utiliza uroquinasa según protocolo con escaso éxito. Finalmente se realiza Rx tórax comprobándose la migración de la punta del catéter venoso a través de la válvula tricúspide al interior de la cavidad de ventrículo derecho. Corregida esta anomalía al retirar el catéter unos cm y colocar su punta en aurícula de-



Fig. 1.—Se ha opacificado la parte distal del catéter para visualizar mejor su desplazamiento y su posterior recolocación.

Correspondencia: Luis Quiñones Ortiz
Hospital Cabueñes
Camino de los Prados, 395
33203 Gijón (Asturias)
E-mail: luysquio@hotmail.com

recha, se consigue un funcionamiento adecuado del mismo.

Queremos resaltar la necesidad de realizar Rx tórax de comprobación de la situación del catéter dentro de los vasos y cavidades cardíacas, antes de iniciar, como fue nuestro caso, terapia fibrinolítica. Con el uso de estos catéteres estamos asistiendo a complicaciones difíciles de imaginar *a priori*, como el caso de la impactación⁸ referida recientemente en esta Revista. No menos extraño, a nuestro modo de ver, es el suceso que hemos mencionado, aunque la posibilidad de desplazamiento de catéter está ya reconocida y reportada en la literatura^{9,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. United States Renal Data System: Treatment modalities for ESRD patients. *Am J Kidney Dis.* 32(Supl. 1): S50-S59, 1998.
2. Cimochoowski GE, Worley E, Rutherford WE y cols.: Superiority of the internal jugular over the subclavian access for temporary dialysis. *Nephron* 54829 154-61, 1990.
3. Beathard GA: Management of bacteremia associated with tunneled cuffed hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 10: 1045-1049, 1999.
4. Nassar GM, Ayus JC: Infectious complications of the hemodialysis access. *Kidney Int* 60: 1-13, 2001.
5. Nielsen J, Ladefoged SD, Kolmos HJ: Dialysis catheter-related septicaemia focus on *Staphylococcus aureus* septicaemia. *Nephrol Dial Transplant* 13: 2847-2852, 1998.
6. Paul V. Suhocki, Peter J, Conlon Jr, MB (FRCP), Mark H. Knelson, Robert Harland, Steve J. Schwab: Silastic cuffed catheters for hemodialysis vascular access: trombolytic and mechanical correction of malfunction. *Am J Kidney Dis* 28(3): 379-386, 1996.
7. Zbylut J Twardowski: The clotted central vein catheter for hemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 13: 2203-2206, 1998.
8. Merino JI, Galeano C, Chinchilla A, Sánchez J: Impactación de un catéter permanente tunelizado para hemodiálisis en la vena yugular, una complicación excepcional. *Nefrología* 26, 3: 395-6, 2006.
9. Nazarian GK, Bjarnason H, Dietz CA Jr y cols.: Changes in tunneled catheter tip position when a patient is upright. *J Vasc Interv Radiol*, 8(3): 437-41, 1997.
10. Kowalski CM, Kaufman JA, Rivitz SM y cols.: Migration of central venous catheters: implications for initial catheter tip positioning. *J Vasc Interv Radiol*, 8(3): 443-7, 1997.