

Método incruento para reposición de catéteres peritoneales desplazados

E. VALDECANTOS*, A. ROMERO*, J. R. POLO* y J. LUÑO**

* Servicio de Cirugía General III.

** Servicio de Nefrología.

Hospital Provincial de Madrid.

Señor director:

Desde que en 1976, POPOVICH y cols.¹ describieron la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD), un número creciente de enfermos renales terminales utilizan esta forma de tratamiento.

Actualmente los catéteres peritoneales más utilizados para CAPD son los de Tenckhoff, Goldberg and Hill, Toronto Western Hospital y Peritoneal Column disc catheter².

La mayoría de las complicaciones que surgen en CAPD son debidas a los accesos peritoneales. La peritonitis es la más frecuente, seguida de la infección del túnel o la puerta de entrada, la expulsión del manguito subcutáneo, la extravasación cutánea del líquido de diálisis, la aparición de hernias o la malfunción del catéter³.

Una de las causas más frecuentes de malfunción es el desplazamiento del catéter fuera de la pelvis, lo que ocasiona dificultad en la evacuación del líquido de diálisis y consecuentemente problemas en la diálisis. Cuando surge esta complicación algunos autores⁴ optan por retirar el catéter, colocando otro posteriormente. Nosotros, al igual que otros autores⁵, somos partidarios de la mani-

pulación externa del catéter como método valioso, que alarga la vida del mismo y tiene una morbilidad mínima para el paciente.

La manipulación la efectuamos mediante la utilización de un fiador rígido de punta roma que no sobrepase la longitud del catéter. Para facilitar dicha manipulación, hemos introducido algunas modificaciones en la técnica de colocación.

Desde hace año y medio utilizamos catéteres de Tenckhoff de un solo manguito, con lo que han desaparecido los problemas de expulsión del manguito subcutáneo y ha disminuido el número de infecciones de la puerta de entrada.

Utilizamos una incisión paramediana infraumbilical, y colocamos el manguito de dacrón subaponeurótico e intramuscular justo por encima de la vaina posterior de los rectos, fijándolo con un punto en bolsa de tabaco con prolene de 2 ceros. Posteriormente exteriorizamos el catéter a través de un túnel subcutáneo corto, de forma que desde la entrada en la piel hasta el peritoneo el trayecto sea lo más rectilíneo posible, lo que facilita las maniobras de reposición en casos de desplazamiento.

Durante el último año esto nos ha permitido reposicio-



Fig. 1.—Radiografías hechas antes y después de las maniobras de reposición.

BIBLIOGRAFIA

nar 4 catéteres con malfunción por desplazamiento fuera de la pelvis, comprobados radiológicamente. Los 4 han seguido funcionando normalmente tras la reposición. Uno de ellos precisó una nueva reposición 6 meses más tarde.

En la figura 1 se observan las radiografías de un paciente antes y después de la reposición.

Consideramos, por lo tanto, que la manipulación con fiador de punta roma es una maniobra de escasa morbilidad y de gran utilidad para la reposición de catéteres desplazados. Las modificaciones descritas en la técnica de colocación han sido de gran ayuda para facilitar las maniobras de reposición.

1. POPOVICH, R. P.; MONCRIEF, J. W.; DECHERD, J. F.; BOMAR, J. B., y PYLE, W. K.: «The definition of a novel portable-wearable equilibrium peritoneal technique». *Abs. Am. Soc. Artif. Intern. Organs.*, 5: 64, 1976.
2. *Peritoneal Dialysis Bulletin*, April 1983, vol. 3, pp. 9-17.
3. GLOOR, H. J.; NICHOLS, W. K.; SORKIN, M. I.; PROWANT, B. F.; KENNEDY, J. M.; BAKER, B., y NOLPH, K. A.: «Peritoneal Access and Related Complications in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis». *Am. J. Med.*, 74: 593-598, 1983.
4. OLCOTT, C.; FELDMAN, C. A.; COPLON, N. S.; OPPENHEIMER, M. L., y MEHIGAN, J. T.: «Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: Technique of Catheter Insertion and Management of Associated Surgical Complications». *Am. J. Surg.*, 146: 98-102, 1983.
5. DAVIS, R.; YOUNG, J.; DIAMOND, D., y BOURKE, E.: «Management of Chronic Catheter Malfunction». *Am. J. Nephrol.*, 2: 85-90, 1982.

Accesos vasculares para hemodiálisis

S. GIL-VERNET y E. ANDRES RIVES.

Servicio de Nefrología. Hospital de Bellvitge «Príncipes de España».

Señor director:

En el último número de su revista ¹ aparece un editorial de los doctores Del Castillo y Aljama sobre «Accesos vasculares para hemodiálisis», en el que se nos cita ². Respecto a lo cual nos gustaría hacer unas anotaciones.

La cateterización de la vena subclavia como acceso temporal en HD fue introducida en nuestro servicio por el doctor X. Sarrias en 1978 empleando una técnica de punción infraclavicular modificada por él ³. Desde entonces se han colocado más de 300 catéteres y sólo en los últimos 14 meses se han realizado 2.141 sesiones de HD.

Con respecto a la perforación de la vena cava y hemotórax contralateral, es un accidente que se presenta con

muy poca frecuencia y que poco tiene que ver con la experiencia y destreza, pero sí, como ya referimos y posteriormente ha sido corroborado ⁴, con la cateterización de la vena subclavia izquierda, los recambios sucesivos y el uso de catéteres excesivamente cortos y rígidos.

El motivo de nuestra publicación fue el dar a conocer una complicación excepcional pero grave de este tipo de acceso. Sin que esto nos haga dudar de que la cateterización de la vena subclavia es una técnica de primera elección en los pacientes sin un acceso vascular definitivo.

BIBLIOGRAFIA

1. DEL CASTILLO, D., y ALJAMA, P.: «Accesos vasculares para hemodiálisis». *Nefrología*, vol. IV, núm. 3: 172-174, 1984.
2. GIL-VERNET, S.; ANDRES, E.; CASTELAO, A. M.; SABATER, R., y NOGUES, R.: «Perforación de la vena cava superior por catéter de hemodiálisis». *Nefrología*, 4: 75-76, 1984.
3. SARRIA, X., y cols.: «Cateterismo percutáneo de la vena subclavia en hemodiálisis». *Sedyt*, vol. 1: 77, 1979.
4. ZONEZY, G. A.: «Contralateral hemothorax secondary to chronic subclavian dialysis catheter». *Am. J. Nephrol.*, vol. 4: 5, 1984.

Correspondencia:
Dr. S. Gil-Vernet.
Rocafort, 253.
08029 Barcelona.