

## *Tromboflebitis en báscula y síndrome de cava superior tras cateterización de vena subclavia para hemodiálisis*

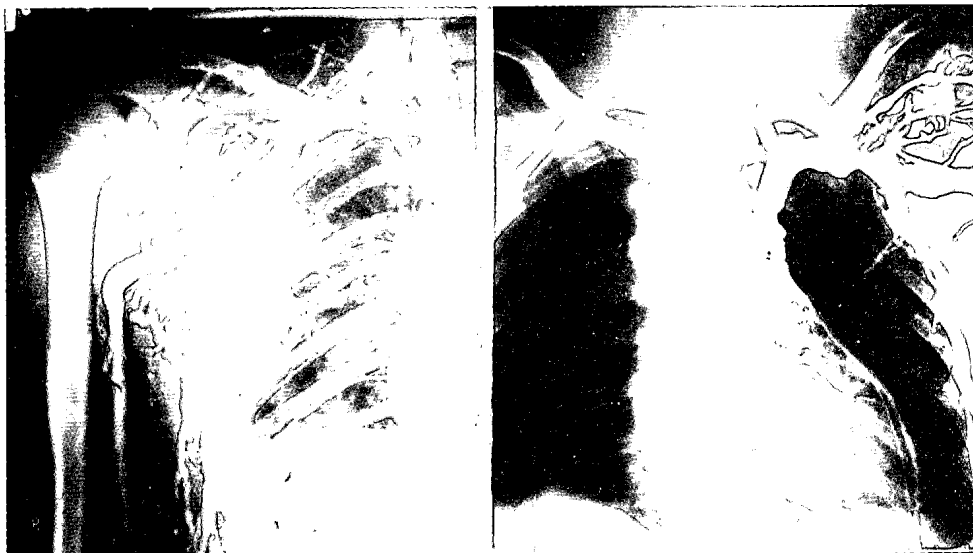
P. L. Santa Cruz \*, P. Vejerano \*\*, A. Hatim \*\*\* y N. Herrera \*

\* Servicios de Nefrología y \*\* Angiología. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech e Instituto Superior de Ciencias Médicas \*\*\* Carlos J. Finlay. Camagüey. Cuba.

Señor Director:

La canulación mantenida de la vena subclavia como vía de acceso para la hemodiálisis (HD) ha resultado una alternativa eficaz, tanto en pacientes con insuficiencia renal aguda como en aquellos con insuficiencia renal terminal en espera del funcionamiento adecuado de un cortocircuito arterio-venoso (A/V) interno<sup>1, 2</sup>. A pesar de ello, como proceder invasivo que es, pueden desarrollarse diversas complicaciones tras el empleo de esta técnica, independientes de la habilidad y experiencia del instrumentador, pero sí vinculadas con factores tales como el uso de catéteres cortos o rígidos, cateterización de vena subclavia izquierda o recambios sucesivos<sup>3</sup>, pudiendo citarse, entre otras, hemotórax contralateral<sup>4</sup> o perforación de cava superior<sup>5</sup>.

Motiva la presente comunicación el informar de un paciente de dieciocho años con nefropatía terminal atendido en nuestra Unidad de Nefrología, en quien se empleó el método de abordaje mantenido de la subclavia derecha durante nueve semanas para su tratamiento con HD periódica mientras esperaba la realización primero y, funcionamiento óptimo para su posterior utilización después, de una fístula A/V interna, que tuvo como complicación mediata del aditamento intravascular una tromboflebitis que se propagó al territorio contralateral —tromboflebitis en báscula— y a la cava superior (fig. 1) concomitando con cianosis de la cara, cuello y miembros superiores, edema en esclavina y marcada circulación colateral en pared del tórax y raíz de miembros superiores, característico del síndrome de vena cava



Correspondencia: Dr. Pedro L. Santa Cruz Valverde.  
Unidad de Nefrología.  
Hospital Provincial Docente M. Ascunce Domenech.  
Camagüey, zona 1.  
Cuba.

Fig. 1.—Radiografía con opacificación vascular. A la izquierda (a) examen inicial donde se comprueba la trombosis de la subclavia derecha. A la derecha (b) examen efectuado dos meses más tarde donde se observa la propagación de la tromboflebitis a subclavia izquierda y cava superior. Nótese la marcada circulación colateral que se extiende a la raíz de miembros superiores.

superior<sup>6</sup>, siendo necesario continuar su tratamiento depurador mediante diálisis peritoneal intermitente, falleciendo seis meses más tarde en cuadro de tromboembolismo pulmonar a punto de partida del foco embolígeno de venas subclavias y cava superior más hematemesis profusa e incoercible por ruptura de varices esofágicas, presumiblemente resultantes de la hiperpresión subsecuente al síndrome oclusivo venoso.

Consideramos que, aunque infrecuente, esta complicación reviste gran importancia toda vez que invalida una forma de tratamiento dialítico y ensombrece el pronóstico del enfermo pudiendo llegar, como en el presente caso, a un desenlace fatal.

### Bibliografía

1. Del Castillo D y Aljama P: Accesos vasculares para hemodiálisis. *Nefrología* 4:172-174, 1984.
2. Bregman H, Miller K y Berry L: Minimum performance standards for double-lumen subclavian cannulas for hemodialysis. *Trans Am Soc Artif Organs* 23:500-502, 1986.
3. Gil-Vernet A y Andrés Rives A: Accesos vasculares para la hemodiálisis. *Nefrología* 5:170, 1985.
4. Zoney GA: Contralateral hemothorax secondary to chronic subclavian dialysis catheter. *Am J Nephrol* 4:5, 1984.
5. Gil-Vernet S, Andrés A, Castelao AM, Sabater R y Nogués E: Perforación de la vena cava superior por catéter de hemodiálisis. *Nefrología* 4:75-76, 1984.
6. Martorell F: Angiología. Enfermedades vasculares. 1.ª ed. Cap. LX (Vena cava superior), págs. 520-526, Salvat. Barcelona, 1967.