

«Pseudoaneurisma de arteria subclavia tras colocación de catéter de hemodiálisis»

M. Cuxart, M. Matas, R. Sans y M. Vallés*.

Servicio de Nefrología. Hospital de Figueres y *Residencia Josep Trueta, Girona.

Sr. Director:

El cateterismo de la vena subclavia y yugular interna constituye un rápido y adecuado acceso vascular para la hemodiálisis. Las complicaciones graves asociadas a la cateterización de estos vasos son infrecuentes.

Presentamos el caso de un paciente que presentó disfonía por compresión del recurrente secundaria a un pseudoaneurisma de arteria subclavia que apareció después de la colocación de un catéter de hemodiálisis en vena subclavia derecha.

CASO CLINICO

Paciente de 66 años de edad con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica muy evolucionada e insuficiencia renal de etiología no filiada en programa de hemodiálisis desde diciembre-1992.

En agosto-97 presentó trombosis de la fístula arteriovenosa. Se colocó catéter de hemodiálisis de 15 cm de longitud en vena subclavia derecha, puncionándose incidentalmente arteria subclavia. Se practicó fístula arterio-venosa en brazo contralateral. En los controles radiológicos practicados después de la colocación del catéter y las dos semanas de la retirada de éste, octubre-97, no se observaron cambios respecto a controles previos. Ingresó en noviembre-97 por nuevo episodio de descompensación respiratoria que se acompaña de disfonía de dos días de evolución. En el examen físico destacaba una hipofonía global con sibilancias difusas. La laringoscopia directa mostró parálisis de la cuerda bucal derecha y en la Rx tórax se observó una masa en mediastino superior. La TAC torácica mostró la existencia de una imagen compatible con aneurisma de la arteria subclavia. Se practicó DIVAS arterial que

demonstró un pseudoaneurisma de la arteria subclavia derecha (figura 1). El paciente persistió con broncoespasmo severo y disfonía, nula respuesta al tratamiento broncodilatador siendo exitus 15 días después del diagnóstico del pseudoaneurisma. No se autorizó el estudio necrópsico.

DISCUSION

Las complicaciones derivadas de la cateterización de un acceso venoso central aparecen entre el 0,5-20% de casos, si bien suelen ser complicaciones me-



Fig. 1.—DIVAS arterial que muestra el aneurisma de la arteria subclavia derecha.

Correspondencia: Dr. Marc Cuxart
Servicio de Nefrología
Hospital de Figueres
Ronda Párroco Arolas, s/n
17600 Figueres, Girona

nores. Se ha estimado que la punción arterial accidental sucede en aproximadamente el 20% de los intentos de venipunción de grandes vasos, produciendo la mayoría de veces un hematoma local. Cabe destacar que con la ayuda de la guía ecográfica este porcentaje de punciones arteriales es prácticamente nulo¹⁻³. Las complicaciones graves tales como el hemotórax, pneumotórax, trombosis venosa o hidrotórax se observan con mucha menor frecuencia⁴.

Los pseudoaneurismas de grandes vasos son una rara complicación de los cateterismos venosos. La formación del pseudoaneurisma se produciría lentamente debido a la laceración de la pared de la arteria situada entre estructuras mediastínicas y la pleura parietal. Al igual que ocurre con los aneurismas de arteria subclavia aberrante, los pseudoaneurismas yatrogénicos se manifiestan radiológicamente como una masa mediastínica. Existen escasas comunicaciones sobre su comportamiento clínico, si bien se han descrito casos de disfagia por compresión del esófago, hemoptisis e insuficiencia respiratoria⁵.

Excepcionalmente pueden comprimir el sistema simpático cervical y producir disfonía e incluso un síndrome de Bernard Horner⁶.

Destacar en el caso presentado la tardía aparición de la disfonía y de la detección radiológica del pseu-

doaneurisma, características que van a favor de una lenta y progresiva formación del mismo. Así pues, aunque excepcional, la aparición de una masa mediastínica superior tras la caterización de un gran vaso debe sugerir la posibilidad de un pseudoaneurisma como causa de ésta.

BIBLIOGRAFIA

1. Borja AR, Masri Z, Shruck K, Pefo S: Unusual and lethal complications of infraclavicular subclavian vein catheterization. *Int Surg* 57: 42-45, 1972.
2. Farrell J, Walshe J, Gellens M, Martin JK: Complications associated with insertion of jugular venous catheters for hemodialysis: the value of postprocedural radiograph. *Am J Kidney Dis* 30: 690-692, 1997.
3. Meloni T, Carbonato P, Rossi G, Aillon C, Marti G, Devoti C: Percutaneous embolization of subclavian pseudoaneurysmatic iatrogenic fistula by steel coils. *J Cardiovasc Surg* 34: 87-89, 1993.
4. Bartoon BR, Hermann G, Weil R: Cardiothoracic emergencies associated with subclavian hemodialysis catheters. *JAMA* 250: 2660-2662, 1983.
5. Baldwin RT, Kieta D, Gallagher MW: Complicated right subclavian artery pseudoaneurysm after central venipuncture. *Ann Thorac Surg* 62: 581-582, 1996.
6. Díaz P, Nos C, Alvarez-Sabin J: Disfagia, distonía y síndrome de Claudio Bernard-Horner como forma de presentación de un aneurisma de arteria subclavia derecha aberrante. *Rev Neurol* 24: 131, 1996.

FE DE ERRORES:

NEFROLOGIA XVIII: 87-91, 1998. En la tabla II (pág. 90), en la última columna, donde pone «excreción de electrolitos (ml)», debería poner «**excreción de agua libre de electrolitos (ml)**».