

# Estenosis proximal en vena yugular interna como causa de atrapamiento de guía metálica

Consolación Rosado<sup>1</sup>, Tania Rodríguez<sup>2</sup>, Pilar Fraile<sup>1</sup>, Pedro García<sup>1</sup>, Cyntia González<sup>1</sup>, Rubén Díez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Clínico. Salamanca

<sup>2</sup> Servicio de Cardiología. Hospital Clínico. Salamanca

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico. Salamanca

NefroPlus 2011;4(3):54-5

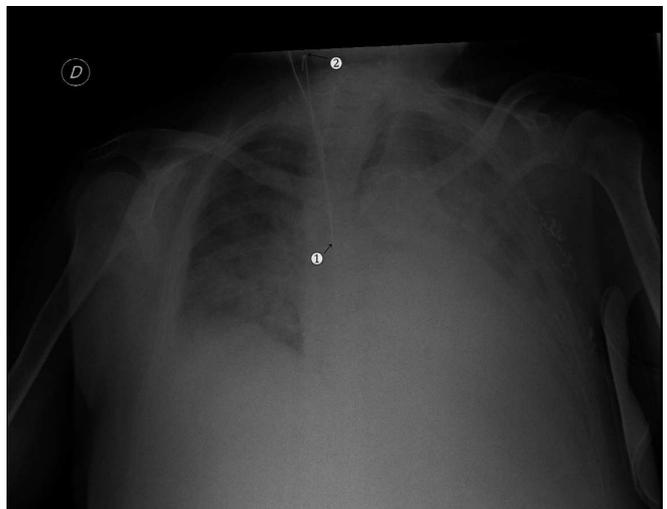
doi:10.3265/NefroPlus.pre2010.Dec.10627

Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2 con síndrome metabólico, IRCT secundaria a nefropatía diabética en programa de hemodiálisis periódica desde mayo del 2009 a través de catéter yugular derecho transitorio implantado varios meses antes. Actualmente estaba pendiente de la realización de nuevo acceso vascular, ya que las FAV realizadas previamente no fueron funcionantes.

La enferma ingresó por sepsis secundaria a infección del catéter yugular, por lo que se decidió la retirada del mismo y la canalización, primero de catéter femoral, y posteriormente de nuevo catéter yugular derecho (Mahurkar, 3,8 mm x 16 cm), localizando la vena yugular interna derecha por la vía anterior, sin control ecográfico. Se localizó correctamente dicha vena, y se introdujo la guía metálica, sin resistencia en la maniobra. La introducción del dilatador, previa a la implantación del catéter, no fue posible por la intensa fibrosis del tejido celular subcutáneo secundaria a los múltiples catéteres previos a ese nivel. Se procedió a retirar la guía metálica, pero sólo pudieron extraerse 5 cm, con enorme dificultad, permaneciendo el resto en la luz vascular. Una radiografía de tórax en decúbito mostró el acodamiento de la guía en la luz venosa, secundario a una probable estenosis en la vena yugular interna (figura 1). La paciente fue evaluada por el servicio de radiología vascular, que descartó la extracción de la guía mediante radioscopia ante el elevado riesgo de la maniobra. El servicio de Cirugía vascular, bajo anestesia local, realizó una incisión cervical profunda y, mediante manipulaciones y tracciones repetidas, extrajo la guía (figura 2). Tras

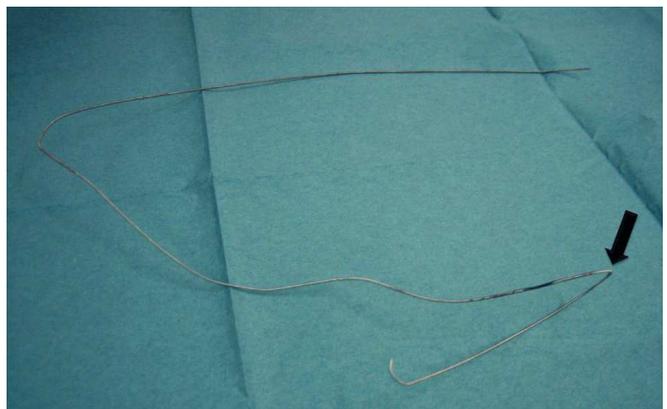
■ **Figura 1**

Acodamiento de guía metálica secundaria a probable estenosis en vena yugular interna. Ascenso de la guía hasta alcanzar la región cervical de la vena yugular interna.



■ **Figura 2**

Guía metálica doblada tras la extracción.



**Correspondencia:** Consolación Rosado Rubio  
Servicio de Nefrología.  
Hospital Clínico.  
Paseo de San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca.  
crosadorubio@hotmail.com

el procedimiento la paciente permaneció estable hemodinámicamente, con anemia secundaria, que requirió transfusión sanguínea.

Este caso subraya la importancia de la obtención de FAV o accesos vasculares protésicos para hemodiálisis<sup>1</sup>, ya que, en esta enferma, dicho acceso hubiera evitado las dos complicaciones presentadas: la infección y la estenosis<sup>2</sup> con atrapamiento de la guía, cuya liberación requirió cirugía, con el gran riesgo vital que supuso. También cabe destacar la utilidad de la ecografía<sup>3</sup> o radioscopia en la implantación de catéteres por parte de los nefrólogos, lo que evitaría complicaciones como la descrita.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Rodríguez CR, Bardón Otero E, Vila Paz ML. Access for starting kidney replacement therapy: vascular and peritoneal temporal access in pre-dialysis. *Nefrologia* 2008;28(Suppl 3):105-12.
2. Manca O, Murgia AM, Loi L, Pili GF, Murgia MG, Barracca A. Internal jugular vein thrombosis after positioning CVC in dialysis patients: The most common ultrasound patterns. *J Vasc Access* 2002;3(3):127-34.
3. Hassan C, Girishkuman HT, Thatigotla B, Asad M, Sivakumar M, Bhoot N, et al. Value of ultrasound guidance in placement of hemodialysis access catheters in patients with end-stage renal disease. *Am Surg* 2008;74(11):1111-3.