

Canalización percutánea translumbar de la vena cava inferior. Acceso alternativo para NPT-domiciliaria

Lladó, L.; Pujol, J.; Jaurrieta, E.; Escalante, E.*; Serra, J.**; y Pita, A. M.***

*Departamento de Cirugía. *Angiorradiología. **Radiología. ***Dietética. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Universidad de Barcelona. Hospitalet, Barcelona.*

Palabras clave: nutrición parenteral total, técnicas alternativas, canalización percutánea de la vena cava inferior.

Key words: total parenteral nutrition, alternative techniques, percutaneous cannulation of the inferior vena cava.

Lladó L, Pujol J, Jaurrieta E, Escalante E, Serra J, Pita AM. Percutaneous translumbar inferior vena cava cannulation: an alternative central venous access for long-term parenteral nutrition. *Rev Esp Enferm Dig* 2000;92:113-4.

Sr. Editor:

Los pacientes con síndrome de intestino corto u otras enfermedades digestivas con malabsorción, requieren nutrición parenteral total (NPT) domiciliaria de por vida para lo cual es necesario el acceso continuo a una vena central. Los accesos más empleados son los subclavios y yugulares. Uno de los riesgos de la cateterización prolongada es la oclusión por trombosis de los accesos habituales. En estos casos es necesario el empleo de accesos alternativos.

Presentamos el caso de un paciente al que se practicó en dos ocasiones la canalización percutánea translumbar de la vena cava inferior (VCI) para la inserción de un catéter tipo Hickman según la técnica descrita por Kenney et al en 1985 (1).

Paciente varón de 71 años de edad, que requiere NPT-domiciliaria debido a síndrome de intestino corto. En noviembre de 1992 se objetivó mediante flebografía trombosis de troncos supraaórticos venosos izquierdos; el estudio de hemostasia demostró déficit de proteína C por lo que se inició tratamiento con anticoagulantes orales (ACO). Inició NPT-domiciliaria en 1993 a través de vía subclavia derecha. Desde entonces ha requerido recambio del catéter en dos ocasiones debido a episodios de sepsis relacionada con él. En marzo de 1994 tras la salida accidental del catéter se realizó una nueva flebografía que objetivó trombosis bilateral de venas subclavias, yugulares y vena cava superior, por lo que se decidió la colocación de un catéter para NPT mediante la canalización de la VCI por vía percutánea translumbar.

Técnica

La VCI fue en primer lugar localizada y puncionada por vía translumbar, procedimiento guiado por tomografía computarizada,

para ello se utilizó una aguja (18G) con vaina teflonada 5F y una guía hidrófila de 0,035" que con la técnica de Seldinger permitió canalizar la VCI.

A continuación, en la sala de angiografía se realizaron dilataciones progresivas del tracto percutáneo hasta dejar colocado un introductor tipo peel-off de 11F con su punta en la luz cava. Sobre el se introdujo un catéter tipo Hickman de 11F dejando su punta situada a nivel de la unión VCI-aurícula derecha. Finalmente se realizó la tunelización del catéter hasta su salida en la cara anterolateral del tórax. Entre 1994 y 1997 el paciente presentó varios episodios de sepsis por catéter, que evolucionaron favorablemente con tratamiento antibiótico y sin retirada del catéter. Sin embargo, una semana tras el último episodio presentó recidiva de la infección por lo que se decidió el recambio del catéter, mediante la misma técnica usada previamente. Se reinició la NPT a las 24 horas sin complicaciones. Un año después el paciente continuaba sin complicaciones.

Se han descrito diferentes técnicas para obtener accesos venosos alternativos en los casos en que como éste, los accesos habituales no son posibles (2, 3). Consideramos como primera opción la canalización percutánea translumbar de la VCI ya que es un técnica con escasos riesgos de complicaciones que ofrece un acceso directo, no quirúrgico a la vena del cuerpo de mayor calibre (4-6). El riesgo de hemorragia es mínimo dada la baja presión de la VCI. El riesgo de trombosis es del 5-30%; algunos autores recomiendan profilaxis anti-trombótica mediante la adición de heparina a las soluciones de NPT o tratamiento con anticoagulantes orales. En el caso que aquí referimos el paciente no presentó complicaciones trombóticas tras la canalización de la VCI a pesar de realizar como única profilaxis el tratamiento con ACO y de permanecer colocado el mismo catéter durante 34 meses. Por otra parte, en caso de trombosis, el tratamiento mediante la instilación intraarterial de uroquinasa ha demostrado ser eficaz. El riesgo de infección es del 5-10%, similar al de los accesos clásicos.

Otras técnicas como el acceso quirúrgico directo a la aurícula derecha o a la vena ácigos o el acceso percutáneo transhepático a la VCI son de mayor riesgo y por tanto consideramos que deben quedar como opciones secundarias para cuando la canalización percutánea translumbar de la VCI no es posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kenney PR, Dorfman GS, Denny DF. Percutaneous inferior vena cava cannulation for long-term parenteral nutrition. *Surgery* 1985;97:602-5.
2. Denny DF. Placement and management of long-term central venous access catheters and ports. *AJR* 1993;161:385-93.

Correspondencia:

J. PUJOL I GEBELLI. Departamento de Cirugía. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, c. Feixa Llarga, s.n. 08907 Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Recibido: 7-IV-98.

Aceptado: 27-X-98.

3. Kaufman JA, Kazanjian SA, Rivitz SM, Geller SC, Waltman AC. Long-term central venous catheterization in patients with limited access. *AJR* 1996;167:1327-33.
4. Lund GB, Lieberman RP, Haire WD, Martin VA, Kessinger A, Armitage JO. Translumbar inferior vena cava catheters for long-term venous access. *Radiology* 1990;174:31-5.
5. Denny DF, Dorfman GS, Greenwood LH, Horowitz NR, Morse SS. Translumbar inferior vena cava Hickman catheter placement for total parenteral nutrition. *AJR* 1987;148:621-2.
6. Denny DF, Greenwood LH, Morse SS, Lee GK, Baquero J. Inferior vena cava: catheterization for central venous access. *Radiology* 1989;170:1013-4.