



Accesos Vasculares y Nefrología Intervencionista. Casos clínicos.

Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025.



SLANH 2025

Submission Deadline
June 13, 2025

Recibido: Julio 2, 2025.
Aceptado: Agosto 2, 2025.
Publicado: Agosto 3, 2025.
Editor: Dr. Franklin Mora B.

Como citar:

Comunicaciones SLANH. Accesos vasculares y nefrología intervencionista. Casos Clínicos. Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025. REV SEN 2025;13(S1):27-37.

DOI: <http://doi.org/10.56867/125>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448

Copyright 2025, SLANH. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

Resumen

Las complicaciones clínicas de los pacientes en programas de hemodiálisis que son portadores de catéteres temporales o permanentes ponen en riesgo la vida del paciente. Debido a que un acceso vascular es muy valioso, la intención siempre se orienta a preservar el sitio del acceso vascular. La pérdida de este acceso resulta compleja desde el punto de vista de proveer al paciente la terapia sustitutiva de su función renal, por lo que se presentan accesos no convencionales y procedimientos ideados como último recurso para mantener la terapia renal. Presentamos los casos clínicos del congreso de Nefrología de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión.

Palabras claves:

Acceso Vascular, Catéter, Fistula arteriovenosa, Hemodiálisis, Reporte de Casos.



Trombosis de aurícula derecha asociada a catéter de hemodiálisis: reporte de caso.

Gustavo Guevara Nolivos ¹, Javier Gordón Zamora ¹, Damaris Escalante Cutiño ¹, Francisco Arias Vizcaíno ¹, Karina Mosquera Barrionuevo ¹.

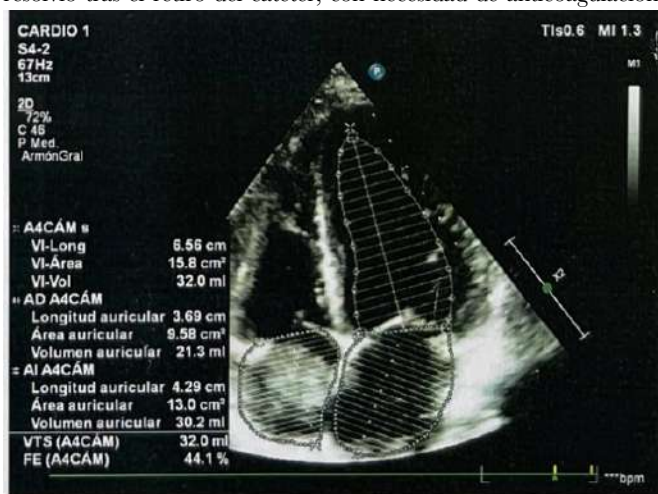
1. Corporación Integral de Diálisis (CID) INSNEP Sur, Quito, Ecuador.

Introducción:

La trombosis auricular derecha es una complicación poco común pero grave asociada al uso de catéteres para hemodiálisis. Su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado son fundamentales para evitar complicaciones potencialmente mortales.

Presentación del caso:

Se presenta el caso de una paciente femenina de 27 años con múltiples malformaciones congénitas y enfermedad renal crónica estadio 5 de etiología obstructiva, quien desarrolló una trombosis auricular derecha asociada a un catéter tunelizado para hemodiálisis. La paciente inicia terapias dialíticas mediante fistula arterio-venosa, misma que se trombosa y se vuelve necesaria la colocación de un catéter tunelizado yugular interno derecho para garantizar la continuidad de terapias sustitutivas de la función renal. En el contexto de tos seca persistente y hospitalización reciente por neumonía, se identificó una masa en aurícula derecha mediante ecocardiografía transtorácica, correspondiente a un trombo adherido a la punta del catéter confirmado por ecocardiografía transesofágica. El cuadro se resolvió tras el retiro del catéter, con necesidad de anticoagulación.



Discusión:

Se exploran los mecanismos fisiopatológicos, factores de riesgo, diagnóstico y opciones terapéuticas para la trombosis auricular derecha en pacientes con CVC.

Conclusión:

La vigilancia clínica y el uso juicioso de los accesos venosos son claves para prevenir eventos trombóticos graves en hemodiálisis.

Abreviaturas

CVC: Catéter venoso central.

Referencias

1. Arangundi M, Tenorio J, Sanchez S. Prevalence of stroke in patients aged 50-80 years attending emergency departments. *Actas Médicas (Ecuador)* 2025;35(1):20-26. doi: [10.61284/223](https://doi.org/10.61284/223).
2. Rivera S, Morales P. Access Blood Flow estimation. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2017;32(3):iii291. Doi: [10.1093/ndt/gfx150.SP487](https://doi.org/10.1093/ndt/gfx150.SP487).



Fiebre en un paciente pediátrico con catéter venoso central en programa de hemodiálisis: una combinación letal.

Franklin Loachamin Caiza ¹, Astrid Israel Leon Monar ¹, Daniela Cifuentes Guevara ¹, Daysi Pinto Bracero ¹.

1. Servicio de Nefrología, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Quito, Ecuador.

Introducción:

La terapia de reemplazo renal (TRR) de urgencia, modalidad hemodiálisis, inicia a través de catéter venoso permanente (CVP) en un 90% de los casos en niños. La infección asociada al catéter (IAC) es la principal complicación y es la segunda causa de mortalidad en niños en hemodiálisis. Dependiendo del agente causante, la IAC puede ser susceptible de tratamiento o retiro, y re inserción del dispositivo, constituyendo la principal causa de agotamiento de capital venoso en estos pacientes. Se describe el caso de adolescente portador CVP que ingresó por IAC, relatamos el manejo antibiótico, evolución y desenlace en la complicación más temida: endocarditis y absceso subendocárdico que requirió cirugía cardíaca de alta complejidad.

Presentación del caso:

Adolescente, 13 años, portador de enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5, secundaria a glomerulosclerosis focal y segmentaria; en hemodiálisis trisemanal por CVP yugular derecho, recolocado 1 semana previa. Acudió a urgencias por fiebre de 4 días, parámetros clínicos y de laboratorio de sepsis, catalogado como neumonía, inició ceftriaxona y oseltamivir, sin mejoría. 48 horas después, catalogado por nefropediatría como IAC, inició vancomicina. Por criterio infectológico, al aislar *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS), se rotó a ampicilina/sulbactam, con evolución desfavorable. Ecocardiograma al 6.º día: describió 2 vegetaciones de 8-10 mm adosadas a válvula tricúspide, con criterios para plastia anular con circulación extracorpórea, encontrándose absceso subendocárdico del anillo de la tricúspide y varias vegetaciones. Posquirúrgico con evolución favorable, recibió vancomicina 21 días. Ecocardiograma de control: insuficiencia tricúspide moderada y función ventricular del 30-35%. Al momento en hemodiálisis trisemanal, por CVP y en evaluación de trasplante renal.

Discusión:

La IAC es la principal complicación de pacientes en TRR por CVP. A nivel mundial, la incidencia es de 3.25/1000 días de catéter; en nuestro medio se desconoce. Los agentes más frecuentes son

Staphylococcus aureus y *epidermidis*. El antecedente de infección previa aumenta 3 veces el riesgo de bacteriemia. Desde 2007 se evidencia que, en IAC, los microorganismos y patrones de sensibilidad han cambiado con el tiempo, con disminución significativa de susceptibilidad a penicilinas y cefalosporinas. Los fármacos de elección empíricos son: glucopéptidos u oxazolidinonas, teniendo en cuenta función renal residual y riesgo de sobrecarga hídrica.

Conclusiones

Se asumirá como principal causa de fiebre en un paciente con CVP, la infección de este hasta demostrar lo contrario. Los antibióticos empíricos de elección en sospecha de IAC son: glucopéptidos u oxazolidinonas, previa toma de retrocultivos. El retiro del catéter es la medida principal considerando resultados de retrocultivos y estado de accesos venosos del paciente. La endocarditis asociada a CVP es una condición de alta mortalidad que modifica la evolución, el tratamiento y el pronóstico. Los CVP son una necesidad vital y su manejo debe ser personalizado. Toda institución debe contar con protocolos de manejo de CVP, y perfil epidemiológico de IAC.

Abreviaturas

CVP: catéter venoso permanente.
IAC: infección asociada al catéter.
TRR: Terapia de reemplazo renal.

Correspondencia

franklinloachamin@gmail.com

Referencias

1. Ortega M, Medrano M, Buchelli A, Rodríguez J, Maldonado M. Reparación endovascular percutánea "Borde a borde" en insuficiencia mitral severa primaria, con Mitralclip G4. *Actas Médicas (Ecuador)* 2024;33(S1):4-10. doi: [10.61284/192](https://doi.org/10.61284/192).
2. Mora-Bravo F, Rivera S, Morales P. Access Blood Flow estimation. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2017;32(3):iii291. Doi: [10.1093/ndt/gfx150.SP487](https://doi.org/10.1093/ndt/gfx150.SP487).

Catéteres de hemodiálisis en sitios no convencionales: Oportunidad terapéutica o desafío técnico?

Andrés Camilo Prieto Forero ¹, Sofía López ¹, Diana Vargas ¹, Kateir Contreras ¹, Daniel Puello ¹.

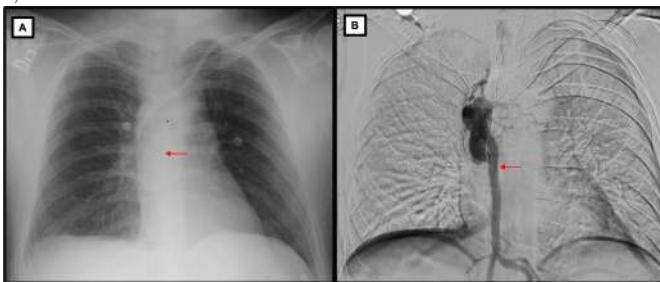
1. Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Introducción:

Los catéteres tunelizados son usados en la actualidad como vía de acceso para hemodiálisis, el uso de la ecografía ha disminuido el riesgo de complicaciones. El posicionamiento en la vena ácigos y cava superior es complicación poco frecuente reportada en la literatura (1).

Presentación del caso:

Caso 1: Paciente masculino de 67 años con enfermedad renal crónica con trasplante renal de donante cadavérico. Presentó múltiples complicaciones, luego de un cuadro de sepsis gastrointestinal requirió reingreso a diálisis. Bajo guía ecográfica se documentó vena yugular derecha con disminución mayor al 50% del diámetro de la vena y se definió colocación de catéter yugular izquierdo tunelizado con radiografía de tórax control con hallazgo de punta de catéter en vena ácigos (Imagen 1), sospecha de estenosis central y dilatación de vena ácigos por lo que se realizó reubicación por radiología, con evidencia de disminución en el calibre del tercio inferior de la vena yugular interna derecha, por trombosis venosa yugular recanalizada (Imagen 1).



A. Radiografía de tórax AP B. Imagen tomada por fluoroscopia

Caso 2: Paciente masculino de 30 años con enfermedad renal crónica secundaria a alteración congénita de la vía urinaria. Trombosis de fístula arteriovenosa, diálisis por catéter yugular izquierdo tunelizado, remitido por disfunción. Radiografía de tórax con ubicación de punta de catéter probablemente en cava superior (Imagen 2), signos clínicos de estenosis venosa central. Cavografía evidencia de oclusión crónica de vena cava (Imagen 2). Se realizó angioplastia e inserción de catéter

tunelizado.

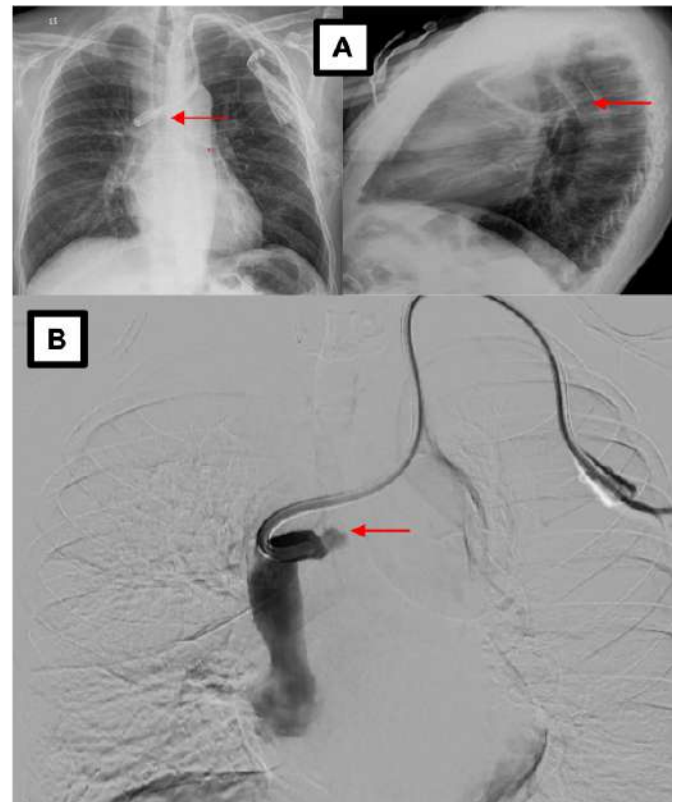


Imagen 1
A. Radiografía de tórax PA y lateral
B. Imagen tomada por fluoroscopia

Discusión:

Los catéteres tunelizados son accesos vasculares usados en pacientes incidentes en hemodiálisis o con accesos vasculares difíciles y agotamiento del capital venoso, siendo la vena yugular interna derecha la principal vía recomendada (2). En los últimos años, el paso del catéter guiado por ecografía es recomendado por las mayores tasas de éxito en la primera punción y menor requerimiento de nuevas punciones. Sin embargo, este método no elimina el riesgo de complicaciones asociadas al mal posicionamiento, siendo la vena ácigos una localización reportada, aunque con baja frecuencia (1). Otras ubicaciones reportadas son la vena cava superior, la vena innominada, la vena hepática, la vena mamaria interna derecha (3,4,5). El mal posicionamiento del catéter tunelizado es una complicación poco frecuente, ocurriendo entre 1.8% a 3.7% de las inserciones de líneas centrales (6), con un diagnóstico difícil dado que en ocasiones la radiografía de tórax no asegura el diagnóstico de esta entidad (7). Se han determinado factores de riesgo para este mal posicionamiento, entre ellos la hipertensión, obesidad, el sitio de acceso (yugular izquierdo o femoral), sexo femenino, el no uso de guía ecográfica, las variantes anatómicas en la circulación, así como la presencia de circulación colateral por probable estenosis central,



situación presente en los dos casos registrados (1, 7). El diagnóstico adecuado de esta entidad es importante para prevenir complicaciones futuras y facilitar la terapia de reemplazo renal y la toma de decisiones.

Conclusiones

El mal posicionamiento de catéteres tunelizados de hemodiálisis es poco frecuente, y su diagnóstico es un reto dado por la clínica inespecífica. Su reconocimiento temprano es importante para evitar complicaciones adicionales y facilitar la terapia de reemplazo renal, sin embargo, en algunos casos puede ser la única vía para dar continuidad a la terapia dialítica.

Abreviaturas

CVP: catéter venoso permanente.
IAC: infección asociada al catéter.
TRR: Terapia de reemplazo renal.

Correspondencia

Andres.prietomf@gmail.com

Embolización de un Pseudoaneurisma en injerto renal como terapia de salvamento endovascular.

Marcela Ibañez ¹, Diana Vargas ¹, Kateir Contreras ¹, Daniel Puello ¹.

1. Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Introducción:

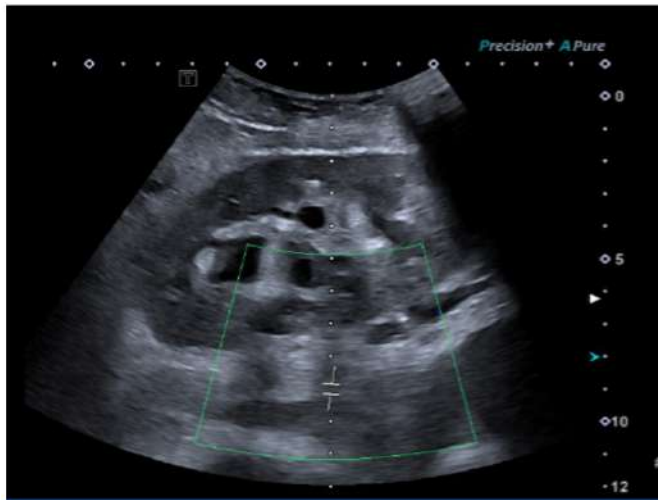
Las complicaciones postoperatorias pos-trasplante renal se presentan entre el 1 % y el 25 % y varían entre eventos vasculares, urológicos e infecciones. Dentro de las complicaciones vasculares se incluyen estenosis arterial, trombosis arterial y/o venosa, fistulas arteriovenosas y pseudoaneurismas de arteria renal. La principal manifestación de los pseudoaneurismas es la hematuria, con una incidencia menor del 1%. El manejo quirúrgico con técnica convencional confiere una alta carga de morbilidad, por lo que el uso de técnicas de embolización mediante radiología intervencionista supone una herramienta en crecimiento, segura y eficaz.

Presentación del caso:

Paciente femenina de 62 años, con antecedente de enfermedad renal crónica estadio 5 secundaria a vasculitis paucimune p-ANCA positivos, llevada a trasplante renal de donante cadavérico, riesgo inmunológico alto, PRA Clase I: 0%, Clase II: 0%, mismatch 5, Remuzzi 0, riesgo intermedio CMV, tiempo de isquemia fría 11 horas. Una semana posterior al trasplante, presentó hematuria macroscópica y dolor pélvico, con documentación en Doppler de injerto de pseudoaneurisma con fistula arteriovenosa (hallazgo confirmado en angiotac de vasos abdominales), con hematuria persistente no controlable mediante cistorrigación. Es llevada a embolización de rama dorsal de arteria del injerto renal por radiología intervencionista, logrando control total del sangrado, salvamento del injerto, con adecuada evolución postrasplante y función renal normal 1 año post trasplante.



A1. Riñón trasplantado en la fosa iliaca derecha con colección de bordes lobulados en el seno renal la cual realza ávidamente en fase arterial de 34 x 33 x 39 mm (L x AP x T), con realce temprano de la vena iliaca externa y común derechas, hallazgo que sugiere pseudoaneurisma con fístula arteriovenosa.



B1 - B2 Pseudoaneurisma tratado en el seno renal, sin flujo doppler.

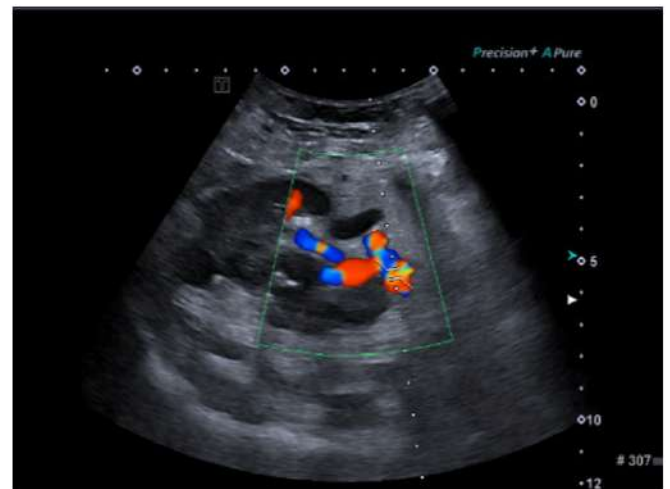
Discusión:

Las complicaciones vasculares postrasplante renal, aunque infrecuentes, pueden comprometer la viabilidad del injerto. En este caso, un pseudoaneurisma con fístula arteriovenosa generó hematuria persistente, complicación descrita en menos del 1% de los trasplantes, siendo más frecuentes en pacientes con dislipidemia e hipertensión arterial. Se plantea que su formación se debe a alteraciones en los vasos sanguíneos del riñón donante y dentro de los factores de riesgo se ha descrito la displasia fibromuscular, arteriosclerosis, arteritis, síndrome de Marfan o trauma. El manejo tradicional mediante cirugía abierta con resección e inserción de prótesis vascular, conlleva alta morbimortalidad y riesgo de pérdida del injerto, por lo que la embolización, representa una alternativa rápida, segura y eficaz. Si

bien el estándar de oro diagnóstico es la angiotomografía, la detección temprana mediante Doppler fue clave para un tratamiento oportuno y exitoso, evitando pérdida del injerto o cirugía mayor. Con el avance en técnicas de intervención no quirúrgica, la embolización endovascular ha emergido como una alternativa eficaz frente al abordaje quirúrgico convencional, demostrando resultados similares a las técnicas convencionales, logrando éxito en el salvamento del injerto con creatinina de 1.8 mg/dL al egreso de hospitalización, y en el seguimiento se ha mantenido en 1.2 mg/dL, con tensión arterial normal sin proteinuria ni hematuria.

Conclusiones

El pseudoaneurisma con fístula arteriovenosa es una complicación vascular infrecuente pero grave en el trasplante renal, pudiendo llevar a la pérdida del injerto e incluso la muerte. El tratamiento depende del tamaño, la localización y la experiencia del grupo quirúrgico y radiología intervencionista. La embolización selectiva mediante radiología intervencionista resulta una estrategia terapéutica segura y eficaz, permitiendo el control del sangrado.



Abreviaturas

PRA: Panel Reactivo de Anticuerpos.

CMV: Citomegalovirus.

Correspondencia

mariba1526@gmail.com



Desafíos anatómicos en acceso vascular: entre vena ácigos y vena cava superior izquierda persistente.

Alejandro García ¹, Claudia Villegas Peredo ², Omar Sanchez ³, Elsa Angélica Fuentes Lopez ¹, Marcos García ⁴, Brenda Cortez Flores ⁵, Bernardo Moguel ⁵, Nestor Gómez Maldonado ⁵.

1. Hospital General Regional 110, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
2. Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México.
3. Hospital General Regional 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México.
5. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Introducción:

La vena cava superior izquierda persistente (VCSIP) es una anomalía congénita venosa rara que puede pasar desapercibida, pero representa un reto clínico cuando se requiere acceso vascular para hemodiálisis.

Presentación del caso:

Presentamos el caso de una mujer de 74 años con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva, con antecedente de estenosis de vena yugular derecha, en quien se colocó inicialmente un catéter tunelizado en la vena subclavia izquierda. La radiografía de control reveló una posición atípica de la punta del catéter en el sistema ácigos (Figura 1). A pesar de esta ubicación inusual, el catéter funcionó adecuadamente durante once meses, alcanzando flujos sanguíneos mayores a 350 ml/min y permitiendo sesiones de hemodiálisis efectivas.

En febrero de 2025, la paciente comenzó con fiebre y escalofríos post-hemodiálisis. Se documentó bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* en cultivo de punta de catéter, que persistió tras tratamiento antibiótico, lo que motivó el retiro del catéter y su recambio. A las 48 horas, se colocó un nuevo catéter en vena yugular interna izquierda guiado por ecografía. La radiografía postprocedimiento mostró la punta del catéter en la vena cava superior izquierda persistente (Figura 2). Esta nueva ubicación se asoció con mala funcionalidad del acceso (flujos inadecuados) y síntomas de angina durante las sesiones, lo que obligó a retirar nuevamente el catéter. Finalmente, se logró colocar un catéter femoral con adecuada funcionalidad.

Discusión:

Este caso ilustra cómo variantes anatómicas congénitas pueden influir de forma crítica en la funcionalidad de los accesos vasculares para hemodiálisis. La VCSIP, aunque generalmente asintomática, representa un reto técnico cuando se desconoce su presencia, y puede comprometer tanto el flujo del acceso como la tolerancia clínica del paciente. Curiosamente, la colocación inicial en el sistema ácigos — una vena no convencional para hemodiálisis — resultó funcional por casi un año, lo que sugiere que en algunos escenarios extremos puede considerarse como una alternativa viable cuando no se dispone de otros accesos. Sin embargo, la literatura documenta que tanto la VCSIP como el sistema ácigos deben considerarse con cautela debido a su calibre y trayecto anatómico. Este caso también resalta la importancia de la imagenología postprocedimiento y del conocimiento anatómico detallado para identificar causas de disfunción y guiar decisiones clínicas. El uso rutinario de ecografía y, cuando sea necesario, imagen avanzada (angioTAC o venografía), puede facilitar el diagnóstico de estas variantes y prevenir complicaciones.





Malposición de la punta de catéter tunelizado femoral en la vena hepática: reporte de caso.

Alejandro García ¹, Cynthia Michelle Lujano Navarro ², Omar Sanchez ³, Brenda Cortez Flores ⁵, Bernardo Moguel ⁵, Marcos García ⁴, Nestor Gómez Maldonado ⁵.

1. Hospital General Regional 110, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
2. Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México.
3. Hospital General Regional 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México.
5. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Introducción:

La malposición de la punta del catéter es una complicación conocida, aunque poco frecuente, especialmente cuando involucra trayectos anatómicamente inusuales como la vena hepática. Este tipo de malposición tiene una incidencia desconocida y puede pasar desapercibida si no se realiza un control radiológico adecuado posterior al procedimiento.

Presentación del caso:

Hombre de 65 años con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva mediante hemodiálisis. Antecedentes de acceso vascular: retiro de catéter tunelizado yugular izquierdo por bacteriemia, portador al ingreso de catéter tunelizado femoral derecho. Se desconocía la causa por la cual previamente no se pudo colocar un acceso yugular derecho.

Es referido desde la unidad de hemodiálisis por disfunción del acceso, ya que no se lograban flujos adecuados a pesar de que la imagen radiográfica sugería una punta ubicada en aurícula derecha (Figuras 1A y 1B). A su ingreso hospitalario, y debido a sus antecedentes vasculares, se decidió realizar un recambio del catéter femoral tunelizado sobre una guía, aparentemente sin complicaciones, obteniéndose buenos flujos de diálisis. Sin embargo, una tomografía computarizada posterior reveló malposición de la punta del catéter en la vena hepática (Figura 1C).

Ante este hallazgo, se colocó un nuevo catéter tunelizado en yugular derecha bajo control ecográfico y (Figura 1D), retirándose el acceso femoral sin complicaciones.

Discusión:

La malposición de catéteres venosos centrales, aunque infrecuente, es una complicación relevante que puede impactar la eficacia del tratamiento dialítico y aumentar el riesgo de eventos adversos. En este caso, el trayecto atípico hacia la vena hepática se produjo tras un

Conclusiones:

El reconocimiento de variantes venosas como la VCSIP y la evaluación adecuada del trayecto del catéter son fundamentales para garantizar un acceso vascular funcional y seguro. Aunque inusual, el sistema ácidos puede ofrecer un acceso efectivo en contextos seleccionados, mientras que la VCSIP se asocia con mayor riesgo de complicaciones funcionales.

Abreviaturas

VCSIP: Vena cava superior izquierda persistente.

Correspondencia

Garciaivera.dr@gmail.com

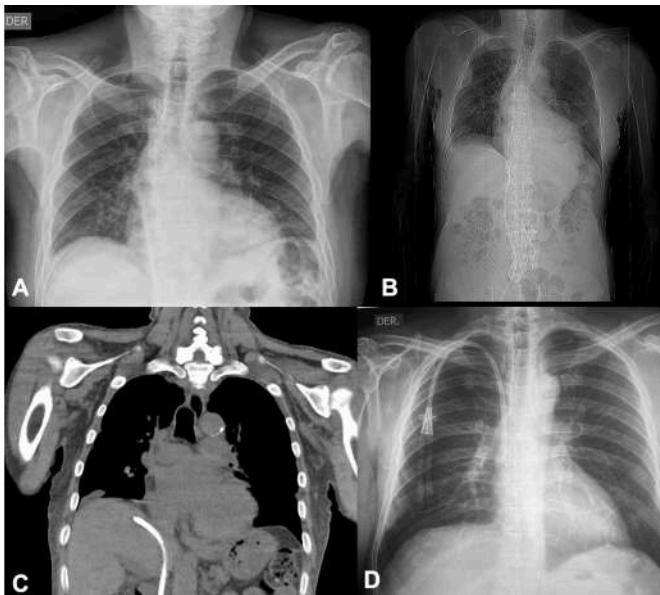
Nota del editor: IA generativa usada en la discusión y conclusiones; se reconocen patrones con el siguiente baremo de palabras:

Ilustra
Forma crítica
Escenarios extremos
Resalta
Guiar decisiones clínicas
Son fundamentales



recambio sobre guía de un catéter femoral previamente bien posicionado. Una posible explicación es la retracción inadecuada de la guía al momento de retirar el catéter previo, permitiendo la desviación del trayecto al introducir el nuevo catéter. Este error técnico puede pasar inadvertido si no se realiza una verificación sistemática con estudios de imagen postprocedimiento, como radiografía o tomografía.

Este caso subraya la necesidad de extremar precauciones durante los recambios sobre guía, especialmente en pacientes con historia de accesos vasculares múltiples o difíciles. La guía debe mantenerse firme y en la posición correcta durante todo el procedimiento, y debe confirmarse la ubicación de la punta del catéter con imagenología antes de iniciar su uso.



Conclusiones:

Se presenta un caso de malposición de la punta de un catéter tunelizado femoral en la vena hepática, posterior a un recambio sobre guía. Este evento posiblemente se debió a una retracción inadecuada de la guía durante el retiro del catéter previo. El caso resalta la importancia del control radiológico postprocedimiento y del conocimiento anatómico en el manejo de accesos vasculares complejos.

Figura 1.

A) y B) Radiografías mostrando ubicación adecuada en aurícula derecha del catéter tunelizado femoral derecho.

C) Tomografía computarizada mostrando la punta del catéter en vena hepática tras recambio sobre guía.

D) Radiografía de control posterior a colocación de catéter tunelizado en yugular derecha.

Abreviaturas

VCSIP: Vena cava superior izquierda persistente.

Correspondencia

Garciarivera.dr@gmail.com

Nota del editor: IA generativa usada en la discusión y conclusiones; se reconocen patrones con el siguiente baremo de palabras:

Ilustra
Forma crítica
Escenarios extremos
Resalta
Guiar decisiones clínicas
Son fundamentales



Fístula AV femorofemoral con prótesis Gore-Tex en trombosis de venas subclavia y braquiocefálicas.

Lorendiz Ronca ¹, Hedy Villanera ².

1. Hospital Dr. Americo Babo, Venezuela.
2. Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Venezuela.

Introducción:

El acceso vascular de elección para hemodiálisis es la confección de una fístula arteriovenosa nativa (FAV) en el miembro superior, que involucra la arteria radial y la vena cefálica en la región de la muñeca, según lo descrito por Brescia y Cimino en 1966². La ventaja de su utilización se debe a que presenta el mayor promedio de permeabilidad y funcionamiento de los accesos de hemodiálisis, con baja tasa de complicaciones. La mayor supervivencia de los pacientes, así como los largos tiempos en lista de espera para trasplante y el agotamiento peritoneal, hacen necesario el uso prolongado de estos accesos, pudiendo llevar a complicaciones, como infección, pseudoaneurisma de punción, pseudoaneurisma anastomótico, estenosis, isquemia distal e incluso a su pérdida⁴. Ante el agotamiento de todas las posibilidades de accesos en miembros superiores, ya sea por la imposibilidad de anastomosis arteriovenosas primarias, realización de FAV protésicas o la colocación de catéter permanente en accesos venosos centrales del sistema yugulo-subclavio, por oclusiones trombóticas de la cava superior; una propuesta es la confección de FAV en miembros inferiores.

Presentación del caso:

A continuación se presenta el caso de un paciente masculino, de 62 años, diabético e hipertenso, con ERC G5, en TRR tipo Hemodiálisis desde diciembre 2024, quien inicia con catéter bilumen de 11Fr x 20cm en vena yugular interna derecha, que posteriormente, por disfunción del mismo, es pasado a subclavia derecha y planificado, previa evaluación por cirugía cardiovascular, para colocación de prótesis Gore-Tex braquial izquierda, manteniéndose estable durante 6 semanas posterior a la cirugía, cuando comienza a presentar edema en miembro superior izquierdo y cuello, que posteriormente se extiende hacia miembro superior derecho, al mismo tiempo, edema facial, parestesias en miembros superiores y disfonía, además, disfunción de catéter vena subclavia derecha y leve dolor torácico. Es evaluado en conjunto con cirujano cardiovascular, evidenciando hallazgo ecográfico compatible con: trombosis de vena yugular interna y subclavia izquierda, no se logra visualizar vena subclavia derecha. Fístula braquial izquierda con buen thrill y flujo. Se decide iniciar hemodiálisis a través de Fístula AV, con buena tolerancia, sin embargo, persistencia del edema. Es planificado para flebografía de miembro superior derecho, encontrando: venas de antebrazo, basilica y cefálica adelgazadas con interrupción en áreas de su trayecto y múltiples colaterales, que llenan parcialmente la vena axilar, con

ausencia del paso del contraste hacia la subclavia y yugular, por posible trombosis de las mismas. En vista de esto y tomando en cuenta las características clínicas del paciente, se decide: cierre de fístula AV brazo izquierdo con retiro de prótesis Gore-Tex, colocación de catéter de hemodiálisis en vena femoral izquierda y confección de fístula AV con prótesis Gore-Tex (PTFE de 4-7 o de 6mm), con anastomosis femoro-femoral derecha.

Conclusiones:

En aquellos pacientes en los que se han agotado las opciones de accesos vasculares en miembros superiores y que no son candidatos a realizar diálisis peritoneal, se debe considerar como estrategia terapéutica la implementación de la FAV en miembros inferiores, siempre y cuando las condiciones anatómicas lo permitan.

Abreviaturas

FAV: Fístula Arteriovenosa.

Correspondencia

Lorendiz.ronca@gmail.com.



DOI: Digital Object Identifier. **PMID:** PubMed Identifier.

Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.
