

# Esclerodermia generalizada y angioaccesos para hemodiálisis

R. Martínez - M. P. Pardo\* - L. Grau - J. Modol - J. Soler

Centre Hospitalari, Unitat Coronària. Manresa (España)

## RESUMEN

*Teniendo en cuenta que en la insuficiencia renal se presentan una serie de dificultades de todo orden, tanto económicas como causadas por las reintervenciones para mantener viables los angioaccesos, se expone el empleo del catéter de doble luz de Quinton en un paciente con esclerodermia generalizada, obliteración de varios angioaccesos, ausencia de lecho distal de extremidad superior izquierda y piel apergaminada en una paciente con insuficiencia renal crónica.*

## SUMMARY

*Considering the manifold difficulties present in renal insufficiency: economical as much as those created by reinterventions in order to keep the angioaccesses viable, the use of Quinton's double lumen catheter is proposed in generalized scleroderma, obliteration of several angioaccesses, absence of distal bed in left upper limb, and dry skin in a patient with chronic renal insufficiency.*

## Introducción

Debido al gran avance y dominio tecnológico existente en la actualidad y en especial en el campo médico, cada día aumenta la expectativa de vida, lo que conlleva un incremento de todo tipo de enfermedades crónicas (1). Así vemos que en España en el 1985 existían unos 10,693 pacientes con insuficiencia renal, entre los cuales había 7.695 sometidos a hemodiálisis periódica (2). El costo que suponen

estos programas ascienden alrededor de 35.000 a 65.000 millones al año (3) sin sumar los gastos que generan sucesivas reintervenciones para mantener viables los angioaccesos, llevando implícita la pérdida de vasos periféricos, hecho a considerar en pacientes con enfermedades sistémicas, por lo que presentamos el catéter de doble luz de Quinton en un paciente con Esclerodermia generalizada, obliteración de varios accesos vasculares, ausencia de lecho distal de extremidad superior izquierda y su típi-

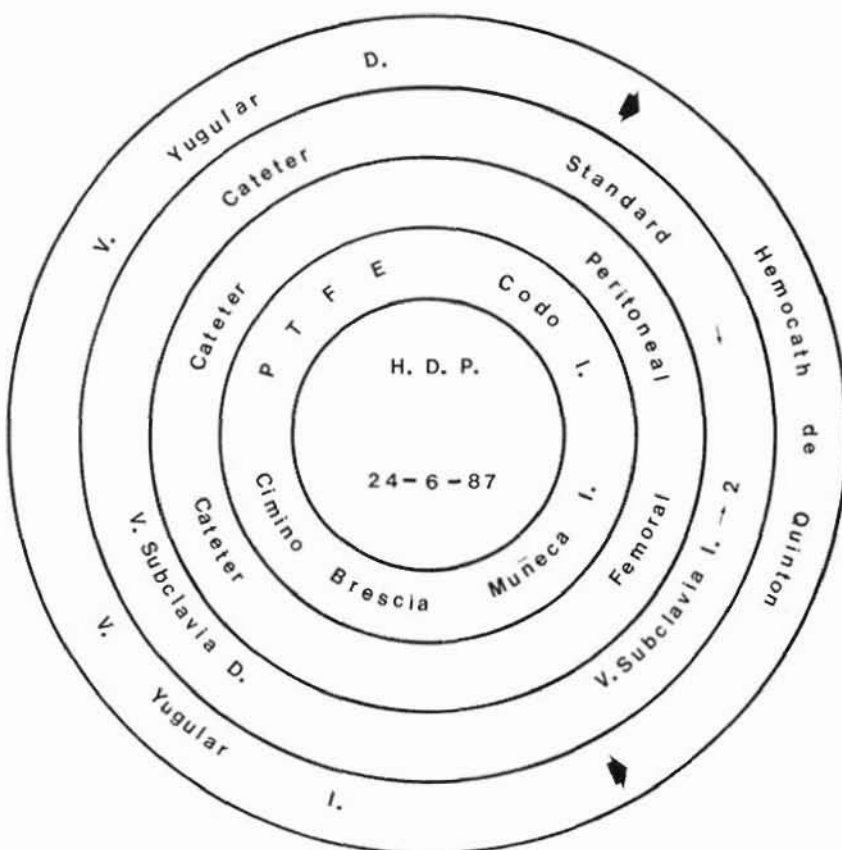
ca piel apergaminada que imposibilita visualizar venas superficiales a la exploración rutinaria.

## Caso expuesto

Paciente de sexo femenino de 64 años de edad, con Esclerodermia generalizada e insuficiencia renal crónica. Trasladada desde otro hospital, donde se le efectuaron numerosos accesos vasculares para hemodiálisis (Fig. 1), siendo el último un catéter de doble luz de Quinton a nivel de la yugular interna izquierda. Se iniciaron las diálisis por esta vía en nuestro Centro el día 9-9-87, obteniéndose flujos de 75 a 150 mls/min la mayoría de los días, y con obstrucciones frecuentes que obligaron al tratamiento con fibrinolíticos; finalmente el catéter por síntomas de fiebre y escalofríos, con Gram, hemocultivos y punta del catéter negativo, interpretándose como reacción febril a pirógenos, utilizando por esta razón la misma vía para la colocación de un catéter estándar de una sola luz hasta la implantación de un nuevo angioacceso.

Actualmente lleva colocado a nivel del bulbo de la Yugular interna derecha, fijado con una sutura en bolsa de tabaco, un nuevo catéter de doble luz de Quinton, la intervención se realizó bajo anestesia local, con dos incisiones de 2 a 3 cm a nivel supra e infraclavicular y túnel subcutáneo, exteriorizándose el catéter a partir del manguito de Dacron (Figs. 2 y 3).

\* Servicio de Nefrología.



HDP = Hemodiálisis periódica  
D = derecho  
I = izquierdo  
V = vena

Fig. 1 - Lugar de implantación de los angioaccesos.

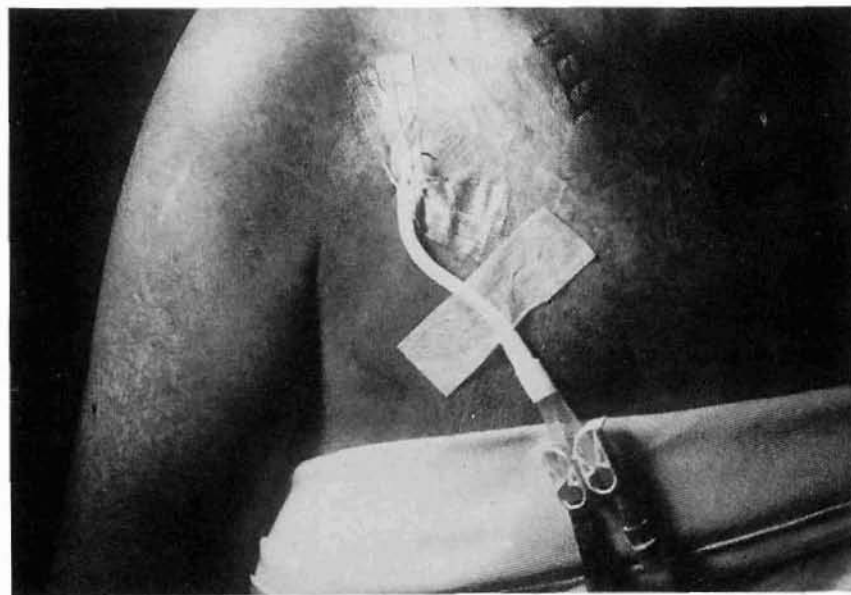


Fig. 2 · Implantación del catéter de doble luz de silicona y manguito de terciopelo de Dacron.

Actualmente se efectúan diálisis con flujos de 300 mls/min, sin complicaciones.

## Discusión

Han transcurrido 28 años y los pacientes con fracaso renal van aceptando los avances científicos de investigadores en el perfeccionamiento y construcción de fistulas arteriovenosas para hemodiálisis, pero todavía no se ha llegado a conseguir el angioacceso ideal que evite o reduzca las complicaciones, así como la viabilidad permanente de ellos.

El cateter de doble luz de Quinton nos parece idóneo en este tipo de pacientes por:

1. Empleo inmediato.
2. Conservación de vasos periféricos de por sí enfermos debido a su enfermedad de base.
3. Se evitan punciones percutáneas en esta piel apergamina da que ahoga todas las estruc turas blandas del organismo.
4. Valores aceptables de recirculación, flujos máximos y facilidad de conexión con la consi guiente reducción del tiempo de diálisis.
5. Implantación en venas de diá metro considerable, avalvuladas y de flujos rápidos que reducen, pese a la colisión plaquetaria que origina contra el cateter, el conocido trombo de la manga que engloba a éste (4). Contan do, además, a nivel de la cara dorsal de la vena Cava superior en su segmento culminante. Con la vena Acigos mayor que actuaría como una gran colate ral en caso de obstrucción de la vena Cava superior (5-6).
6. Baja incidencia de complicacio nes según las series de otros grupos (7-8), debido al material suave de Silicona y al collar de Dacrón que, englobado por fi broblastos del tejido cicatricial.

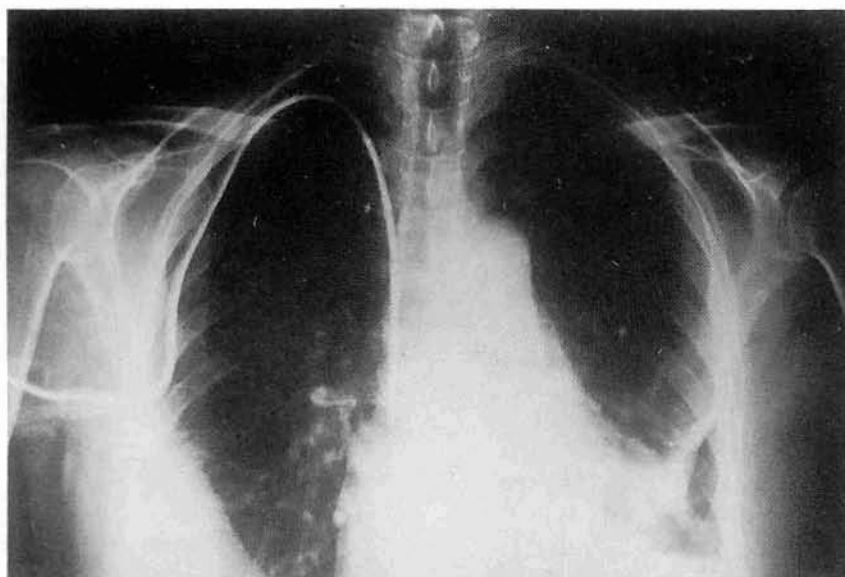


Fig. 3 - Trayectoria del catéter de doble luz de silicona, modelo Permcath.

constituye una teórica barrera a la infección (7-8-9), lo que prolonga la permeabilidad del angioacceso en estos pacientes con fracaso renal y sometidos a hemodiálisis periódica.

### Addenda

Los aspectos clínicos y tecnológicos de la hemodiálisis no deben permanecer estáticos, mientras continúe aumentando la demanda de pacientes con fracaso renal. Así

vemos que en diez países de la Comunidad Económica Europea (CEE), incluida España, existían unos 70.590 pacientes con insuficiencia renal, según el censo del 31 de diciembre de 1985, entre los cuales sometidos a hemodiálisis unos 78 pertenecían a nuestra área de influencia (Manresa y Comarca, 2). Deberíamos más bien, pues, mejorar la relación costos, beneficios y viabilidad de los angioaccesos en cuanto a diálisis, edad de los pacientes y calidad de vida.

### BIBLIOGRAFIA

1. WESNER, F.; JUSTIN, A.: Below knee amputation and rehabilitation of amputees. «Surgery Gynecology Obstetrics», 151: 41, 1980.
2. VALLES, M.; GARCIA, M.: Informe anual del registro de pacientes en diálisis y trasplante renal en España, 1985. «Nefrología», VII: suplemento 2, 1987.
3. NAVARRETE, V.: El riñón artificial implantable. «Consulta», 378: 19-25, Octubre 1987.
4. AHMED, N.; PAYNE, F.: Thrombosis after central venous cannulation. «Med. J. Aust.», 1: 217, 1976.
5. CARLSON, H. A.: Obstruction of the superior vena Cava, an experimental study. «Arch. of Surgery», 29: 669, 1934.
6. STRAHBERGER, E.: Die ligatur der vena Cava sup. «Wien klin. wscrh», 62: 462, 1950.
7. SCHANZER, H.; KAPLAN, S.; BOSCH, J.; GLABMAN, S.; BURROWS, L.: Double lumen Silicone rubber indwelling venous catheters. A new modality for angioaccess. «Arch. Surg.», 121: Feb. 1986.
8. BALDUIN, P.; MONKHOUSE, P.; BEWICK, PARSONS, V.; TAUBE, D.: Long-term haemodialysis using the permcath Quinton. «Aspects of Renal care», 1: 1986.
9. THOMAS, G.: A large vessel applique arteriovenous shunt haemodialysis. «Trans.-Amer. Soc. Artif. Int. Org.», 15: 288, 1969 y «Amer. J. Surg.», 120: 244, 1970.