



P-040 - ANEURISMAS VENOSOS YUXTAANASTOMÓTICOS EN FISTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS

Pila, Ulises; Jiménez Almonacid, Pedro; Colás, Enrique; Martín Prieto, Libertad; Lasala, Manuel; Rueda, José Antonio; Gruss, Enrique; Fernández Cebrián, José María

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: Los aneurismas venosos son frecuentes (5-60% de FAV). Aparecen en las zonas de punción de las fistulas por debilitamiento mural, siendo infrecuentes cerca de las anastomosis (AVY). De éstos (2%) existe poca bibliografía y no hay guías clínicas. En nuestra experiencia su aparición se relaciona con estenosis proximales. Crecen y presentan indicación quirúrgica por isquemia cutánea.

Casos clínicos: Presentamos cuatro casos de AVY tratados con distintas técnicas quirúrgicas por la diferente anatomía y situación clínica. Todos crecieron y presentaron signos de isquemia cutánea. Caso 1. FAV radiocefálica. Paciente trasplantado. Tratamiento: resección del aneurisma tras ligadura de la fistula, pues no se necesitaba el acceso. Caso 2. FAV radiocefálica. AVY y déficit de flujo en las sesiones de diálisis. Tratamiento: nueva anastomosis proximal tras resección aneurismática. Caso 3. FAV humerocefálica. Tratamiento: resección del aneurisma y reconstrucción con vena accesoria mediana antecubital. Caso 4. FAV humerocefálica. Tratamiento: Inicialmente, angioplastia de una estenosis proximal al aneurisma. El resultado no fue satisfactorio y se decidió reintervenir. Ante la imposibilidad de una reconstrucción autóloga se excluyó el aneurisma yuxtaanastomótico junto a otro proximal secundario a punciones mediante la interposición de un puente de PTFE entre la arteria humeral y la vena cefálica proximales. Ningún paciente presentó complicaciones postoperatorias. Todas las FAV se pudieron utilizar en la siguiente sesión de diálisis y están permeables en la actualidad, excepto la ligada por tratarse de un paciente trasplantado.

Discusión: El tratamiento de los AVY está justificado por riesgo de ruptura y hemorragia masiva, hiperaflujo, dolor por compresión, necrosis epidérmica, infección, estenosis por trombosis parcial, imposibilidad de punción de la FAV, hipertensión venosa o efectos cosméticos. Las opciones terapéuticas engloban tratamiento conservador, endovascular o quirúrgico: exclusión con/sin resección, aneurismorrafia, pudiendo precisar nueva FAV autóloga o protésica. Si la FAV no va a usarse, está indicada la ligadura. Endoprótesis: tratan en un mismo acto las estenosis asociadas al AV, pero dificultan las punciones posteriormente y, aún pueden precisar aneurismorrafias o exéresis. Nuestra experiencia difiere de lo publicado por Valenti que aconseja actitud expectante: en todos los casos hubo crecimiento del aneurisma, apareciendo signos de isquemia cutánea, obligando a intervenir. En todos los casos se demostró la existencia de una estenosis proximal. Sólo en el caso 4 se realizó angioplastia de la estenosis proximal para permitir una actitud expectante pero se produjo una recidiva de la estenosis y de nuevo el crecimiento del aneurisma. En el caso 3 fue necesario un angioTAC para estudiar la anatomía del aneurisma. Dadas sus características, Radiología descartó cualquier procedimiento por su parte. En las FAV radiocefálicas se decidió tratamiento quirúrgico directo, en una por no ser necesaria y en otra porque, en nuestro centro, está protocolizado el tratamiento de

estenosis yuxtaanastomóticas en FAV: nueva anastomosis proximal. Los aneurismas venosos yuxtaanastomóticos son poco frecuentes y su etiopatogenia es diferente al de los aneurismas secundarios a punción. En nuestra experiencia se asocian a estenosis proximales, crecen y precisan tratamiento por el riesgo de isquemia cutánea y rotura.