

Fig. 1. Colección subcapsular hepática.

con hemorragia incontrolable o insuficiencia hepática progresiva.

Bibliografía

1. Reck T, Bussenius-Kammerer M. Surgical treatment of Hellp syndrome associated liver rupture. An update. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;99:57-65.
2. Norwitz, Errol R. Acute complications of preeclampsia. Clin Obstet Gynecol. 2002;45:308-29.
3. Shames BD, Fernandez LA, Sollinger HW, Chin LT, D'Alessandro AM, Knechtle SJ. Liver transplantation for Hellp syndrome. Liver Transpl. 2005;11:224-8.
4. Haddad B, Sibai B. Expectant management of severe preeclampsia: Proper candidates and pregnancy outcome. Clin Obstet Gynecol. 2005;48:430-40.
5. Reck T, Bussenius-Kammerer M, Otta R, Müller V, Beinder E, Hohenberger W. Tratamiento quirúrgico de la rotura hepática asociada con el síndrome HELLP-actualización. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol (ed. esp.). 2002;2:24-32.



Síndrome de Horner y tromboflebitis séptica central: dos complicaciones infrecuentes tras la colocación de accesos venosos centrales

Jaime Ruiz-Tovar, Natalia Alonso Hernández, Alejandro Chames Vaisman y Enrique Martínez Molina

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Los accesos venosos centrales son ampliamente utilizados durante el tratamiento de pacientes con diversas enfermedades. Aunque se considera un procedimiento seguro, se han descrito complicaciones derivadas de su realización y mantenimiento¹.

Caso 1

Mujer de 30 años, diagnosticada de neoplasia gástrica, a quien se practicó una gastrectomía total y se le colocó un catéter venoso central en la vena yugular derecha durante la intervención quirúrgica. Durante el curso postoperatorio la paciente presentó ptosis y miosis del ojo derecho, con agudeza visual conservada y sin otros signos

ni síntomas de focalidad neurológica. Se realizó tomografía computarizada (TC) craneal y cervicotorácica, que no mostraron hallazgos significativos. Se diagnosticó a la paciente de síndrome de Horner secundario a la colocación de una vía de acceso venoso central a través de la vena yugular. A los 12 días el cuadro se había resuelto completamente.

Caso 2

Mujer de 80 años, diagnosticada de neoplasia gástrica, que presentaba hipoproteinemia de 4,9 g/dl. Dada la imposibilidad de administrar soportes nutricionales por vía oral, se le colocó un acceso venoso central en la vena subclavia izquierda. A los 3 días la paciente presentó un pico febril de 38,5 °C y posteriormente se detectó un aumento del perímetro del brazo izquierdo, con dolor, calor local y edema. Se le realizó un eco-Doppler en el que se detectó la vena yugular izquierda ingurgitada. Una TC mostró un trombo en el tronco innominado hasta la entrada de la vena cava superior (fig. 1). Los hemocultivos de-

Correspondencia: Dr. J. Ruiz-Tovar.
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. Colmenar, Km 9,100. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: jrtoovar@wanadoo.es

Manuscrito recibido el 13-3-2007 y aceptado el 9-7-2007.

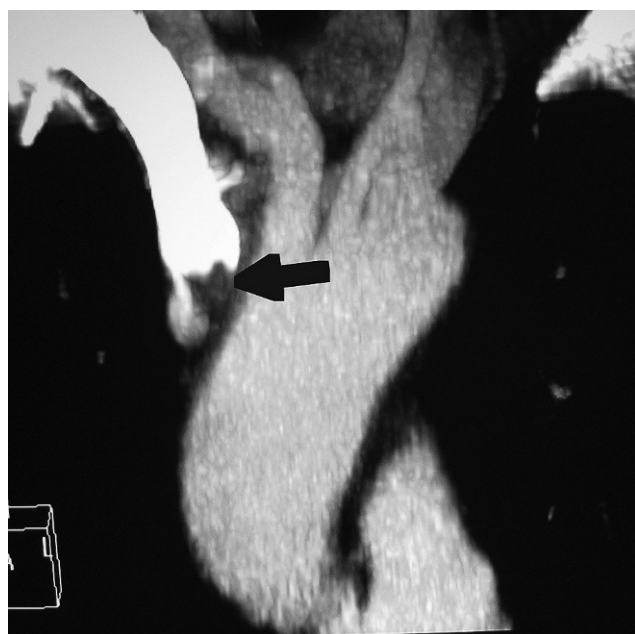
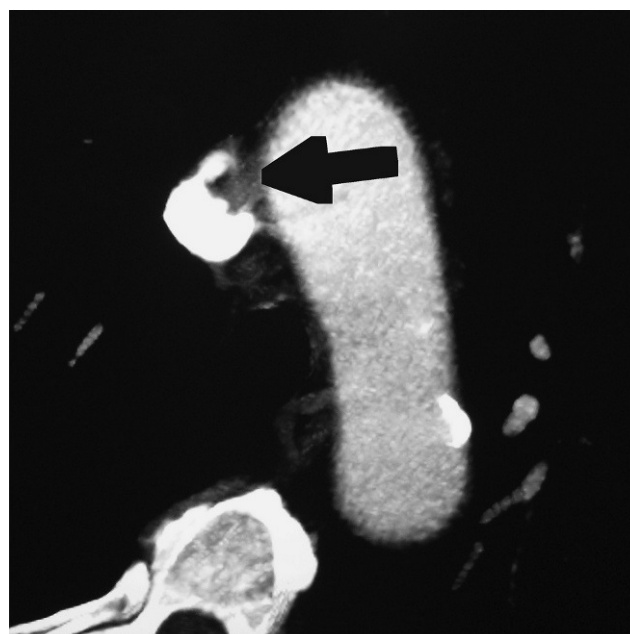


Fig. 1. Trombosis en la entrada de la vena cava superior.



tectaron el crecimiento de *Staphylococcus epidermidis* y *Proteus* sp. Se diagnosticó a la paciente de tromboflebitis séptica central, por lo que se retiró el catéter venoso central, y se inició tratamiento anticoagulante con enoxaparina 40 mg/12 h y piperacilina/tazobactam 4,5 g/8 h y vancomicina 500 mg/12 h. En el cultivo del catéter creció *S. epidermidis*. La paciente mejoró y fue intervenida quirúrgicamente de la neoplasia gástrica mediante una gastrectomía total. El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El tratamiento antibiótico se mantuvo durante 14 días y los hemocultivos posteriores fueron negativos. La paciente fue dada de alta en tratamiento con acenocumarol durante 6-12 meses.

El síndrome de Horner consiste en ptosis y miosis unilateral con grados variables de enoftalmos y anhidrosis. Se produce como consecuencia de la interrupción de la innervación simpática ipsilateral a cualquier nivel de su trayecto entre el hipotálamo y el ojo. La proximidad del tronco simpático cervical con la vena yugular interna hace posible que se pueda provocar una lesión por traumatismo directo de la aguja sobre el plexo nervioso durante la colocación de la vía de acceso venoso, o bien por la formación de un hematoma². El síndrome de Horner secundario a la cateterización de la arteria carótida es una complicación bien conocida, pero su aparición secundaria a la cateterización de la vena yugular interna es muy infrecuente^{2,3}.

Las infecciones y trombosis venosas son las complicaciones más frecuentes de los catéteres venosos centrales, en su mayoría localizadas en el segmento vascular en el que se colocan¹. La infección relacionada con trombosis, denominada tromboflebitis séptica, es una complicación frecuente, no así su aparición en las venas centrales. El tratamiento de elección de las tromboflebitis sépticas es la anticoagulación con heparina al inicio y la anticoagulación oral posteriormente, mantenida durante

6-12 meses, así como antibioterapia según el microorganismo que causa la infección⁴.

La mayoría de los autores coinciden en la necesidad de establecer una profilaxis antitrombótica en pacientes portadores de accesos venosos centrales, dado el riesgo de trombosis venosa central que entrañan⁵. En nuestra opinión, esta profilaxis debería mantenerse mientras el catéter esté colocado, ya que estos pacientes habitualmente son enfermos crónicos, oncológicos, recién operados o con una larga estancia hospitalaria y con escasa movilidad, lo que los convierte en enfermos con alto riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas. Sin embargo, la profilaxis antibiótica no nos parece justificada, ya que ésta sólo conduce a la selección de gérmenes resistentes a antibióticos en pacientes inmunodeprimidos. Creemos que la mejor profilaxis de la infección de los accesos venosos centrales es su colocación aséptica, los cuidados locales y de la conexión del catéter, ya que es una vía muy frecuente de contaminación. En caso de producirse la infección, lo más recomendable es retirar el catéter y el tratamiento antibiótico específico según los gérmenes aislados en hemocultivos o cultivos de la punta de catéter.

Bibliografía

1. Yildizeli B, Laçın T, Batırlı HF, Yüksel M. Complications and management of long-term central venous access catheters and ports. *JVA*. 2004;5:174-8.
2. Garcia EG, Wijdicks EFM, Young BR. Neurologic complications associated with internal jugular vein cannulation in critically ill patients: a prospective study. *Neurology*. 1994;44:951-2.
3. Defalque RJ, Fletcher MV. Neurological complications of central venous cannulation. *JPEN*. 1988;12:406-9.
4. Sitges-Serra A, Girvent M. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones asociadas a catéteres intravasculares. *Cir Esp*. 2002;72:28-32.
5. Denny DF. Placement and management of long-term central venous access catheters and ports. *AJR Am J Roentgenol*. 1993;161:385-93.