

Cartas al Director



Consideraciones del abordaje subclavio en accesos venosos totalmente implantables

Sr. Director:

En relación al trabajo publicado en su revista por el Dr. Flores et al¹, hemos creído conveniente realizar las siguientes apreciaciones y comentarios, que son resultado de más de 15 años de experiencia continuada en el manejo de reservorios venosos subcutáneos (RVS)^{2,3}. Aunque desde 1988 venimos implantando RVS, es a partir de 1997 cuando establecemos un protocolo de recogida de datos y seguimiento, que hasta diciembre de 2002 incluía 743 pacientes a los se instalaron 772 RVS. Los datos reflejados en el presente trabajo se encuentran recogidos en dicho protocolo.

En nuestra serie se procedió a implantar un RVS en pacientes adultos con diagnóstico de tumores sólidos o hematológicos, susceptibles de tratamiento oncológico intermitente, ambulatorio o infusión continua durante más de 3 meses, con normalidad analítica, que no se encuentren en estadio terminal, y con una expectativa vital mayor de 6 meses.

La tasa global de complicaciones en nuestros casos fue baja, cifrándose en 92 precoces (12%) y 70 tardías (9%), no registramos mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico, y sólo tuvimos que retirar 37 RVS (5%) debido a las complicaciones. Clásicamente, la venotomía se ha utilizado cuando, siendo preciso una vía venosa central, ha sido imposible su canalización por técnica percutánea. En nuestra experiencia^{2,3}, al contrario que Flores et al¹, el abordaje venoso de elección para implantar un RVS es la punción percutánea de la vena subclavia mediante técnica de Seldinger, basados en los siguientes hechos:

- No creemos que sea de elección una técnica que sólo puede ser realizada en un 60% de los pacientes de la serie, recurriendo en el 40% restante a la punción subclavia o yugular. En nuestra experiencia el abordaje subclavio se consiguió en el 98,5% de las ocasiones (601 derecha y 159 izquierda), recurriendo en sólo el 1,5% de los casos a la disección venosa periférica al no conseguir la punción.

- Sólo 30 de nuestros pacientes requirieron sedación (3,8%), frente al 100% de los casos donde el abordaje fue cefálico¹.

- La tasa de neumotórax, uno de las principales objeciones al abordaje subclavio, se produjo en 14 casos de nuestra serie (1,8%); en 9 de ellos se precisó un drenaje torácico y en ninguno retirar el dispositivo.

- Existen estudios comparativos donde se comprueba la mayor tasa de complicaciones, especialmente trombosis venosas, mediante el abordaje periférico en comparación con la punción subclavia⁴.

- El tiempo quirúrgico es menor con la punción, lo que abarata el coste del proceso.

- El abordaje percutáneo subclavio permite la utilización de catéteres de mayor calibre y menor longitud (menor trayecto venoso), lo que repercute en un aumento de las prestaciones del dispositivo y en un menor número de complicaciones trombóticas y mecánicas (compresión, acodaduras, precipitación de sustancias infundidas...).

Otra apreciación que consideramos interesante es el tipo de catéter utilizado por Flores et al¹. Siempre hemos utilizado catéteres de silicona y punta abierta, y no hemos apreciado ningún caso de embolismo aéreo o problemas asociados al reflujo sanguíneo. Al igual que en nuestra experiencia, en los escasos trabajos existentes, donde se comparan los catéteres valvulados tipo Groshong y de punta abierta, no se demuestran las supuestas ventajas en cuanto a la disminución del número de complicaciones; por el contrario, los catéteres de Groshong tienen un mayor índice de malfuncionamiento con imposibilidad de extracción sanguínea (el 12,5 frente al 2%)^{5,6}.

Respecto a la utilización de profilaxis antibiótica, no la realizamos sistemáticamente, y obtuvimos tasas de infección local y/o sistémica de sólo el 3%. Entre las causas que a nuestro entender motivan esta baja incidencia, se encuentran, por una parte, el aumento de experiencia de los cirujanos implantadores y, por otra, una manipulación posterior del sistema restringida y por parte de personal entrenado mediante cursos de reciclaje y protocolización de los cuidados.

La profilaxis antitrombótica tampoco la utilizamos de forma generalizada y sólo se instaura en forma de heparina de bajo peso molecular en casos con alto riesgo, no apreciándose tasas altas de trombosis venosa y/o del catéter (1 y 2,8%, respectivamente). Al igual que otros autores, consideramos que la heparinización mensual es un método eficaz y barato para mantener permeable y funcionando el sistema⁷.

Antonio Cózar y Miguel del Olmo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

Bibliografía

1. Flores B, Candel MF, Soria V, Ayala F, García T, Aguayo JL. Dispositivos de acceso venoso totalmente implantables para quimioterapia. Resultados y complicaciones. *Cir Esp* 2003;73:288-91.
2. Del Olmo Escribano M, Soto Blanco JM, García Jiménez M, Lozano Barriuso A, Martínez Muro JL. Reservorios venosos subcutáneos. Técnica y resultados. *Cir Esp* 1992;52:264-8.
3. Cózar Ibáñez A, Del Olmo Escribano M, Navarrete Sánchez I, Cosano Álvarez A, Sánchez Rovira P, Moreno Jiménez MA. Fractura espontánea y migración intravascular del catéter en los reservorios venosos subcutáneos. *Cir Esp* 1999;65:163-5.
4. Kuriakose P, Colon-Otero G, Paz-Fumagalli R. Risk of deep venous thrombosis associated with chest versus arm central venous subcutaneous port catheters: a 5-year single-institution retrospective study.

- J Vasc Interv Radiol 2002;13:179-84.
5. Biffi R, De Braud F, Orsi F, Pozzi S, Arnaldi P, Goldhirsch A, et al. A randomised, prospective trial of central venous ports connected to standard open-ended or Groshong catheters in adult oncology patients. *Cancer* 2001;92:1204-12.
 6. Dearborn P, De Muth JS, Requarth AB, Ward SE. Nurse and patient satisfaction with three types of venous access devices. *Oncol Nurs Forum* 1997;24(Suppl 1):34-40.
 7. Bow EJ, Kilpatrick MG, Clinch JJ. Totally implantable venous access ports systems for patients receiving chemotherapy for solid malignancies: a randomized controlled clinical trial examining the safety, efficacy, costs, and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 1999;17: 1267-72.