

Trombosis de Vena Cava Superior asociada a Catéter Tunelizado para Hemodiálisis



Descripción del problema

Patogenia y factores de riesgo

Diagnóstico

Tratamiento

Casos propios

Trombosis de VCS

- No hay datos de incidencia / prevalencia
- El acceso venoso ideal es la fístula AV
- Su viabilidad depende, entre otros, de un correcto retorno venoso
- Un mal retorno venoso provoca disfunción/trombosis de la fístula AV
- **Minimizar el uso de catéteres**
- **Diagnosticar precozmente las lesiones de vasos centrales**
- Alternativas: femoral, VCI, DP, trasplante...

Trombosis de VCS: Etiología

- No relacionadas con el acceso vascular
 - Compresión extrínseca
 - Mediastinitis fibrosante
 - Fibrosis retroperitoneal
 - Radioterapia
 - Idiopática
- Relacionadas con el acceso vascular
 - Catéter central de hemodiálisis (tunelizado o no)
 - Catéter central de inserción periférica (PICC)
 - Otros catéteres o reservorios
- Dispositivos cardiacos
 - Marcapasos
 - Desfibriladores (DAI).

Patogenia y Factores de Riesgo

Procoagulabilidad
urémica

Turbulencias

Lesión vascular

Colonización e
infección

Estenosis y Trombosis
Venosa Central

FACTORES DE RIESGO:

- Inserción izquierda
- Localización en subclavia
- Punta en vena cava superior
- Grosor del catéter
- Número de catéteres previos
- Número de sesiones de HD
- Tiempo de permanencia
- Episodios infecciosos

❖ Sospecha clínica: hipertensión venosa

- Edema
 - De la extremidad (vena subclavia)
 - Torácico y circulación colateral (vena innominada)
 - Síndrome de vena cava superior (vena cava)
- Venomas, ↑sangrado, infradiálisis, ↑p.venosa

❖ Pruebas diagnósticas

- Ecodoppler
 - Muy útil: ↑IR, pseudo-normalización curva arterial
- Confirmación:
 - AngioTC torácico con estudio de fase venosa
 - Flebografía (gold standard).

- **Manejo conservador:** primera elección
 - Medidas posturales, no retirar el catéter si no hay otro acceso vascular*, anticoagulación (3m / indefinida)
- **Tratamiento endovascular:** resultados variables
 - Trombolisis/Tromboaspiración \pm Angioplastia
 - Permeabilidad primaria anual 30% (ATP) vs 40,5% (Stent)
 - Reintervencionismo frecuente. Contraindicado si asintomático
 - Braquiterapia post-ATP: poca o nula eficacia
- **Tratamiento quirúrgico:** “last resort”
 - Reparación venosa / bypass
 - Permeabilidad primaria anual 80-90%
 - Anestesia general y esternotomía/claviculotomía.

Casos propios

Sexo H/M	Edad años	Etiol ERC5	Síndr. Nefrótico	t HD (m)	t CVC (m)	Punta VCS/AD	Nº CVC	Infecc	Diagn*
M	74	DM	Sí	29	29	VCS	2	Sí	Eco
H	56	GN	Sí	42	18	VCS	1	No	Eco
H	38	GN	Sí	80	41	VCS	7	Sí	Eco
M	62	DM	Sí	47	35	VCS	3	No	Eco
H	59	GN	Sí	294	84	VCS	6	Sí	Eco
H	62	PQR	No	70	9	VCS	2	Sí	Eco
H	87	DM	No	154	98	VCS	2	No	Eco
H 71%	62,6 años	DM 43% GN 43%	S.Nefrót 71%	102,3 m	44,9 m	VCS 100%	3,3 CVC	Infecc 57,1%	Eco 100%

* En todos los casos se confirmó mediante angioTC

SD 06/11/2013
AcqT 20:55:22
Img 42 | 120
Ser 2 | 3
Sty 1101224

H.U.A.V.
Brilliance 16
Zoom: 1.98
TORAX



R

GT 0
C: CONTRAST
200 mAs
120 KV

TP 60.5
SL 3.0
WLO (60,400)

TORAX

SD 06/11/2013
AcqT 20:55:22
Img 66 | 120
Ser 2 | 3
Sty 1101224

H.U.A.V.
Brilliance 16
Zoom: 1.98
TORAX



GT 0
C: CONTRAST
200 mAs
120 KV

TP 96.5
SL 3.0
WLO (60,400)

TORAX

Gracias por vuestra atención