

# Rotura de catéter en vena subclavia. Una complicación rara en hemodiálisis

M.<sup>a</sup> C. Prados, A. Franco, M. Perdiguero y F. Marín\*

Servicios de Nefrología y \* Cardiología. Hospital General de Alicante.

Señor director:

La cateterización de la vena subclavia se utiliza frecuentemente como acceso vascular temporal para diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada en espera de maduración de un acceso vascular definitivo, así como en aquellos enfermos en programa de hemodiálisis periódicas que han perdido su acceso vascular habitual<sup>1</sup>.

Las complicaciones precoces de esta técnica derivan de la canulación del vaso en sí e incluyen: neumotórax, hemotórax, punción de la arteria, lesión del plexo braquial, arritmias cardíacas, así como embolismos gaseosos o del catéter<sup>2</sup>. Entre las tardías se describen la infección y la estenosis o trombosis de las venas subclavia o cava superior<sup>1</sup>. La rotura del catéter es una complicación rara que se puede presentar al introducirlo o bien tardíamente a nivel de los puntos frágiles cuando los catéteres permanecen acodados durante largo tiempo<sup>3</sup>. Cuando el fragmento del catéter seccionado queda a nivel intravascular, se puede comportar como un cuerpo extraño séptico y dar lugar a tres tipos de complicaciones: infecciosas, como una septicemia intracavitaria o abscesos pulmonares múltiples<sup>4</sup>; trombosis masiva intracardiaca y embolias pulmonares<sup>5</sup> e incluso perforación del miocardio<sup>6</sup>. Estas complicaciones se pueden presentar en alrededor de un 10 % de los casos<sup>3</sup>, lo que obliga a la localización del fragmento y a su extracción precoz.

Recientemente ingresó en nuestro servicio una paciente de 55 años, en programa de hemodiálisis periódicas desde hacía 14 años por enfermedad poliquística del adulto, para la realización de un acceso vascular por la trombosis del antiguo. La enferma se dializaba a través de un catéter de Sarrias (Hispadial<sup>®</sup>), radiotransparente, de 8 French × 24 cm, con luz única, en vena subclavia derecha desde hacía tres meses. Ante el mal funcionamiento de dicho catéter se procedió a su sustitución mediante la introducción de una guía, recuperándose únicamente su extremo proximal de 11 cm de longitud. La larga permanencia del catéter, que conllevó una gran manipulación, junto a su presumible mala calidad, pudo influir en su rotura.

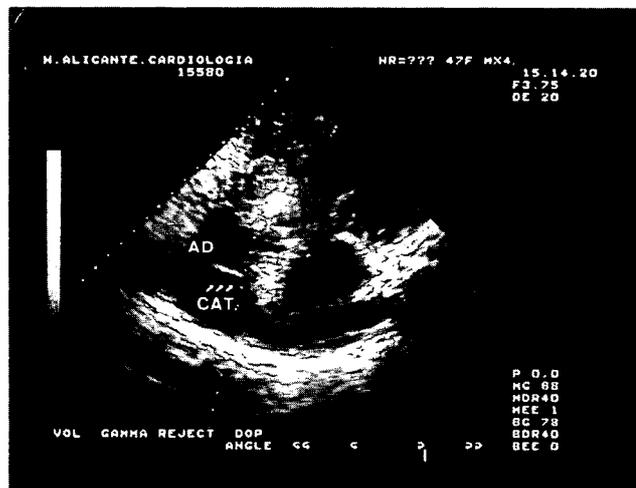


Fig. 1.—Ecocardiograma que muestra la localización del fragmento del catéter en aurícula derecha.

Ante la imposibilidad de localizar el extremo distal del catéter radiotransparente por radioscopia, se efectuó un estudio mediante ecocardiografía bidimensional (Toshiba Sonolayer) que permitió, por la ecogenicidad del catéter, su localización en la aurícula derecha (fig. 1). En un segundo tiempo se procedió a su extracción bajo control radioscópico mediante un catéter con una cesta helicoidal retráctil, introducido por vía percutánea en vena femoral derecha a través de un introductor venoso de 8 French.

Concluimos que la cateterización de vías centrales debe efectuarse siempre con catéteres radiopacos, lo que facilita su localización en caso de rotura. Por otro lado, las técnicas hemodinámicas no invasivas son útiles para la resolución de complicaciones como la descrita, al evitar los riesgos derivados de éstas o la necesidad de una intervención quirúrgica.

## Bibliografía

1. Polo JR y Romero A: Accesos vasculares para hemodiálisis. En Llach F y Valderábano F (eds.), *Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis y trasplante renal*. Ed. Norma, Madrid, pp. 581-610, 1990.

Correspondencia: Dra. M.<sup>a</sup> del Carmen Prados.  
Avda. Constitución, 13, 6.<sup>o</sup>  
30008 Murcia.

---

## CARTAS

2. Moosman DA: The anatomy of infraclavicular subclavian vein catheterization and its complications. *Surg Gynecol Obstet*, 136:71-74, 1973.
3. Nalda MA y Muriel C: Complicaciones de la cateterización percutánea de grandes troncos venosos. En *Los grandes troncos venosos y su cateterización*. Ed. Salvat, Barcelona, pp. 19-34, 1980.
4. Ayers WB: Fatal intracardiac embolization from indwelling intravenous polyethylene catheter. *Arch Surg*, 75:259-262, 1957.
5. Knutson H y Sternberg K: Pulmonary embolus with foreign body in case of fractured femoral catheter. *Nord Med*, 62:1941-1943, 1959.
6. Brown CA y Kent A: Perforation of right ventricle by polyethylene catheter. *South Med J*, 49:466-467, 1956.