



Enfermería Nefrológica

ISSN: 2254-2884

seden@seden.org

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica
España

Aznar Barbero, Sonia; Bel Cegarra, Ramón; Badallo Mira, María Magdalena; Pagán
Escribano, David; García Nicolás, Asensio Bartolomé
Fístula arteriovenosa espontánea: ¿realidad o ficción?
Enfermería Nefrológica, vol. 16, núm. 1, 2013, pp. 189-190
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359860158096>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fístula arteriovenosa espontánea: ¿realidad o ficción?

Sonia Aznar Barbero, Ramón Bel Cegarra, María Magdalena Badallo Mira, David Pagán Escribano, Asensio Bartolomé García Nicolás

Hospital Santa Lucía de Cartagena. Murcia

Introducción:

Para poder llevar a cabo el tratamiento de hemodiálisis (HD) es imprescindible contar con un acceso vascular (AV) que nos asegure una diálisis de calidad¹. En nuestra unidad encontramos un paciente portador de una fístula arteriovenosa (FAV) de origen desconocido hallada al explorar los miembros superiores para la realización de una FAV.

Exposición del caso:

Varón de 57 años con insuficiencia renal crónica (IRC) de etiología glomerular que presenta hipertensión arterial (HTA), diabetes, tratado quirúrgicamente por carcinoma supraglótico. Comienza tratamiento en Dic-2010 mediante diálisis peritoneal con transferencia temporal a HD un año después por infecciones repetidas del catéter. En Feb-2012 se implanta nuevo catéter peritoneal pero experimenta una fuga peritoneo-pleural con derrame pleural masivo secundario. Tras reposo peritoneal persiste la fuga pasando definitivamente a HD. Para iniciar HD se implanta en Nov-2011 catéter tunelizado yugular izquierdo. En Feb-2012 ante su paso definitivo a HD se solicita FAV. Tras seis meses de HD comienza con edema progresivo en miembro superior izquierdo (MSI) realizándose flebografía que muestra trombosis y estenosis en vena subclavia izquierda distal, tronco braquiocefálico y vena yugular izquierda distal. Dados los hallazgos se procede a la retirada del catéter yugular y colocación de catéter permanente femoral izquierdo (inicia anticoagulación). En Jul-12 durante la exploración del MSI se detecta pulso y thrill a nivel del antebrazo. Se le practica eco-doppler y fistulografía que muestran una FAV humeral viable, comenzando a pun-

cionarse sin dificultad obteniendo presiones de succión y entrada adecuadas, recirculación $\leq 10\%$, y dosis de diálisis adecuadas (Kt 48L) Este es su AV actual en uso desde 06/07/2012.

Discusión:

Las FAV se pueden definir como conexiones "anormales" entre el sistema venoso y arterial que obvian el lecho capilar anatómico normal. Pueden localizarse en cualquier lugar del cuerpo, y estar presentes desde el nacimiento o ser adquiridas tras alguna eventualidad (por ejemplo traumatismo). De entre éstas últimas, las FAV adquiridas que se presentan en la extremidad inferior son las más frecuentes, al ser la ingle una localización de elección para el abordaje vascular⁴. Como factores predisponentes a la génesis de FAV de origen iatrogénico encontramos HTA, sobrepeso, anticoagulación, edad avanzada, lado izquierdo, sexo femenino, antecedente de punciones en la extremidad⁵ y trombosis venosa profunda (TVP)⁶. El interés de este caso radica en lo infrecuente de la aparición de FAV espontáneas en la extremidad superior. Como factores de riesgo el paciente presenta HTA, numerosas punciones para extracciones sanguíneas, trombosis de tronco braquiocefálico y anticoagulación. La utilización para hemodiálisis de una FAV de origen desconocido es un caso único. Mediante su uso el paciente recibe dosis de diálisis adecuadas y hasta el momento no ha presentado complicaciones.

Conclusión:

Las FAV de origen iatrogénico se encuentran de manera inusual en el miembro superior ya que los

casos más comunes son los presentados tras punción inguinal, trauma y TVP a nivel de extremidades inferiores. No existen casos documentados de la utilización para hemodiálisis de una FAV de origen desconocido en el miembro superior, por lo tanto estamos ante un caso único.

Referencias Bibliográficas

1. Vascular Access Work Group. Clinical practice guidelines for vascular access. Am J Kidney Dis 2006; 48 (Supl. 1); S 248-73.
2. Vascular Access Society. Guidelines for Vascular Access. Disponible en: <http://www.vascularaccesssociety.com/guidelines>.
3. Sociedad Española de Nefrología. Guías de acceso vascular en Hemodiálisis. Nefrología 2005; 25 (Supl. 1): 1-174.
4. Glaser RL, McKellar D, Scher KS. Arteriovenous fistulas after cardiac catheterization. Arch Surg 1989; 124: 1313.
5. Vaz C, Matos A, Oliveira J, et al. Iatrogenic arteriovenous fistula following endovenous laser therapy of the short saphenous vein. Ann Vasc Surg 2009; 23: 412e15.
6. Almeida Jose I, MD, FACS, RTV. Commentary on "The Issue of spontaneous arteriovenous fistulae after superficial thrombophlebitis, endovenous ablations, and deep vein Thrombosis: An unusual but predictable finding". Perspectives in Vascular Surgery and Endovascular Therapy. Vol. 18, No. 3, September 2006; 253-254.