

Trombosis temprana asociada al uso de Cateteres

Presentación de un caso

Dr. Mario Alberto Cafaro *, Dr. Enrique Romero **, Dr. Carlos Dardo Estrada ***, Dr. Gerardo Amuchástegui ****

Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.

RESUMEN

La trombosis asociada al uso de catéteres venosos centrales ha sido descrita en la literatura médica. Los trabajos hacen referencia a esta asociación con el uso prolongado de catéteres para nutrición parenteral. En este reporte nosotros describimos un caso de trombosis asociada a cateter venoso central en sólo cinco días, asintomática y con flebocavografía pre-inserción del cateter y luego de ser retirado.

SUMMARY

Phlebotrombosis associate with central vein catheters has been described, specially with long-term use for parenteral nutrition. We report a case of thrombosis of the internal jugular vein after only five days of an indwelling venose catheter. This was asintomatic.

Phlebocavography before insertion and after extraction of the catheter show the thrombosis.

PALABRAS CLAVE: Trombosis - catéteres - cateterización venosa.

PRESENTACION DEL CASO

Mujer de 55 años, derivada del interior por presentar cefalea intensa, parestesias en el hemicuerpo izquierdo y crisis convulsivas. Antecedente de ingesta crónica de anticonceptivos. No refieren los familiares antecedentes patológicos previos. Al ingreso Glasgow de 10 puntos (escala utilizada para valorar el grado de daño neurológico), soporosa, sin rigidez de nuca, pupilas simétricas con respuesta a la luz, fascie simétrica, moviliza los cuatro miembros, con leve paresia izquierda, reflejos profundos presentes, Babinsky bilateral. R1 y R2 regulares y normofonéticos, respiración espontánea y regular con broncoespasmo y sibilancias. Abdomen sin particularidades.

Fondo de ojo: dentro de límites normales.

Radiografía de tórax: extenso velamiento condensativo de ambos campos pulmonares afectando regiones perihiliares y campos superiores.

Electrocardiograma (ECG): dentro de límites normales.

Tomografía Axial Computada (TAC): Lesión de densidad hemática, heterogénea e irregular intraparenquimatosa y córtico-subcortical, localizada en región temporo-parietal posterior izquierda y en parte a nivel del valle silviano. Una segunda lesión de densidad hemática redondeada subcortical parietal derecha.

DIAGNOSTICO DE INGRESO: Accidente cerebrovascular hemorrágico con lesiones en ambos hemisferios, asociado a infiltrado pulmonar difuso acinar con hipoxemia no refractaria compatible con edema pulmonar neurogénico vs. hemorragia alveolar por vasculitis.

Al ingreso se realiza una vía yugular interna derecha sin complicaciones con flebocavografía que es informada

* Médico Coordinador de la Unidad de Terapia Intensiva.

** Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.

*** Sub-Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.

**** Jefe del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes.

como con buena permeabilidad del eje yugulocavo. Figura 1.

La evolución de la paciente fue favorable, al quinto día fue dada de alta de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con un Glasgow de 15 puntos. Se retiró el cateter central y se realizó una nueva flebocavografía mostrando una trombosis de la yugular derecha en relación al sitio donde estuvo el cateter con extensión hasta la confluencia yugulo-subclavio y permeabilidad de la vena cava superior.

COMENTARIO

La canulación de una vena central es una práctica común en los pacientes críticamente enfermos. La información obtenida con los accesos venosos como presiones centrales o la facilidad para administrar fluídos o medicaciones es muy importante.

Sin embargo hay complicaciones asociadas con el uso de esta técnica rutinaria.

Se describen complicaciones inmediatas o tardías (1).

CUADRO 1

Complicaciones inmediatas

Punciones múltiples.

Pneumo
Hemo
Hidro
Quilo

} Tórax
Mediastino

Punción arterial con hematoma o sangrado.

Embolismo aéreo.

Disrritmias cardíacas.

Malposición de cateter.

Enfisema subcutáneo o mediastínico.

Laceración o punción traqueal.

Complicaciones tardías

Sepsis relacionada al cateter.

Perforación o taponamiento cardíaco.

Fistula arterio-venosa.

Trombocitopatía.

Daño valvular o endocardiaco.

Trombosis venosa.

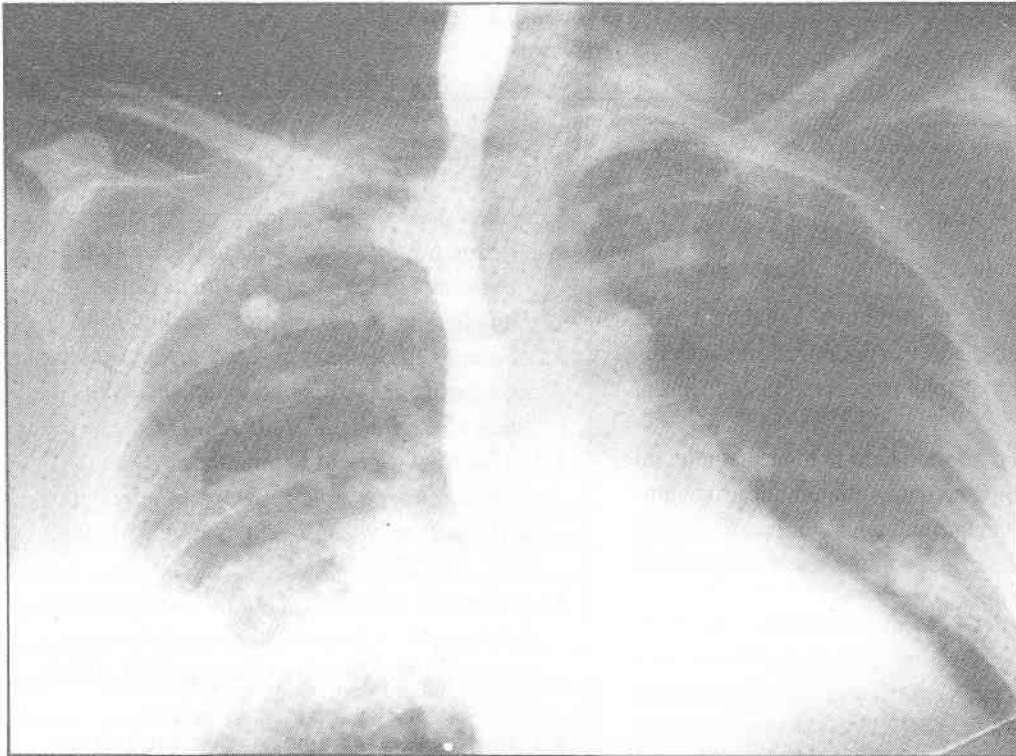


FIGURA 1:
Tele-radiografía de tórax en el momento inmediato posterior a la colocación de la vía yugular interna derecha que muestra una flebocavografía normal.

La mayoría de las trombosis asociadas a catéteres está en relación directa con la permanencia del cateter en la vena (2, 3, 4, 5).

El caso que se presenta se refiere a una paciente sin antecedentes patológicos previos conocidos, que se le

colocó un cateter venoso central por vía yugular de una sola luz, 14 G, de 45 cm. de longitud. Este permaneció en la vena cinco días y al ser retirado (sin síntomas sugestivos de trombosis venosa) se detectó una obstrucción al flujo sanguíneo como se muestra en la figura 2.

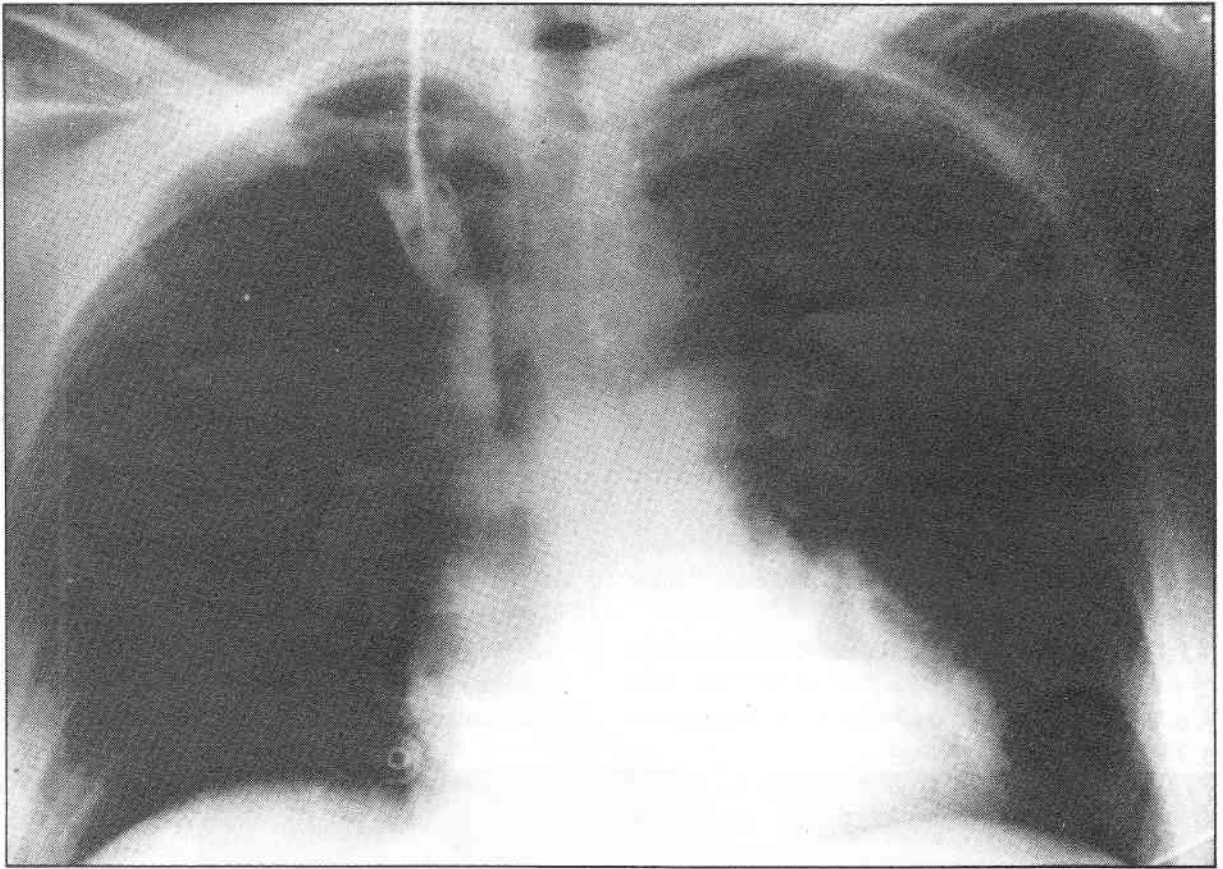


FIGURA 2: El mismo paciente cinco días después y ya retirada la vía, muestra permeable sólo el sitio donde permaneció el cateter.

Las descripciones de la literatura señalan a esta complicación en los casos de uso prolongado de catéteres para nutrición parenteral total apareciendo ésta en forma tardía.

Esta presentación ha motivado la realización de un trabajo prospectivo ya en desarrollo en nuestro centro para intentar demostrar que la aparición de este fenómeno de trombosis puede ser una complicación temprana en determinados pacientes.

Bibliografía

- 1 -Yeston NS. *Important Intensive Care Unit Procedures in Civetta JM, Critical Care Philadelphia JB Lippincott Company, 1992.*
- 2 -Becker DM. *Axillary and subclavian venous thrombosis: prognosis and treatment. Arch Intern Med., 1991; 1151, 1934-1943.*
- 3 - Chastre J. Cornud F. *thrombosis as a complication of pulmonary artery catheterization via the internal yugular vein. N Engl J Med, 1982, 306, 278-280.*
- 4 -Brismar B. *Diagnosis of thrombosis by catheter phlebography after prolonged central venous catheterization. Annals of Surgery 1981, 194-6, 779-783.*
- 5 -Murray MB. *Very low doses of warfarin can prevent thrombosis in central venous catheters. Annals of Internal Medicine, 1990, 112: 423-428.*