



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-007 - IATROGENIA DE LOS ACCESOS VENOSOS CENTRALES (AVC). FACTORES DE CONFUSIÓN

Carrasco Aguilera, Beatriz; del Val Ruiz, Pablo; Díaz Vico, Tamara; Suárez Sánchez, Aida; García Alonso, Leire; Ramos Montes, Claudia; Granero Trancón, José Electo

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La perforación venosa (PV) como complicación iatrogénica debida a los AVC es infrecuente y de difícil diagnóstico. Se puede presentar como hemotórax, derrame pleural (DP) o derrame pericárdico de los fluidos administrados. Ante un DP de aspecto lechoso en un paciente con nutrición parenteral (NP) se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades.

Caso clínico: Paciente ingresado en UCI en el día 32 del postoperatorio de perforación duodenal por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a DP bilateral. El paciente es portador de AVC en vena subclavia (VS) derecha para NP, el cual se recambia en el día 23 del postoperatorio por AVC en VS izquierda, normoposicionado en control radiológico posterior. Se realiza ecografía torácica urgente con importante DP bilateral. Tras colocación de dos drenajes tipo Pleurecath se extrajo > 1,5 L de líquido de aspecto lechoso de cada hemitórax. El estudio bioquímico del líquido pleural (LP) describe: pH 7,4; triglicéridos (TG) 2.222 mg/dL; colesterol (CL) 9 mg/dL; glucosa y lactato dehidrogenasa interferidas por lipemia. El valor del pH descarta empiema, reduciéndose el diagnóstico diferencial a quilotórax versus NP extravasada por PV. La tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso objetiva AVC subclavio izquierdo con extremo distal en grasa de mediastino anterior. Ante dicho hallazgo, se realiza extracción quirúrgica mediante esternotomía media con bolsa de tabaco en vena innominada izquierda. El paciente presenta buena evolución postoperatoria siendo dado de alta a planta de hospitalización al noveno día postoperatorio.

Discusión: La punción arterial o neumotórax son las complicaciones iatrogénicas más frecuentes asociadas a AVC. Existen otras complicaciones, como la PV por mal-posición de catéter o embolia gaseosa, menos frecuentes pero de obligada sospecha por su potencial gravedad. A pesar de los valores analíticos elevados en LP de TG y bajos de CL sugestivos de quilotórax (TG > 110 mg/dL), la sospecha clínica orienta a DP por extravasación de NP dado que, tras permanecer más de un mes en dieta absoluta, el quilo producido en caso de quilotórax debería ser escaso. Además, tras suspender la NP, el débito de los drenajes del LP disminuye y se vuelven transparentes, incrementándose nuevamente el débito y adquiriendo aspecto lechoso tras la reintroducción de la NP. Son pocos los casos descritos en la literatura sobre PV por malposición de AVC. Sin embargo, como ocurre en el caso descrito, los AVC en VS izquierdas presentan mayor riesgo de perforación que los derechos debido al trayecto más lineal que siguen estas últimas al confluir en la vena braquiocefálica derecha respecto a las contralaterales. Actualmente, la mayoría de los AVC se insertan sobre guías más

flexibles, facilitando la navegación por el árbol vascular y reduciendo la posibilidad de iatrogenia. Sin embargo, también existe la posibilidad de perforación por la guía, que es retirada al insertar el catéter, aun estando éste posicionado correctamente. Ante un DP lechoso, en un paciente con AVC, la sospecha clínica debe incluir la PV por mal-posición de AVC. Adoptar una conducta activa y pronta valoración, ante la posibilidad de requerir tratamiento quirúrgico, minimiza el compromiso de la vida del paciente.