

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

USO DE ACCESOS VASCULARES NO CONVENCIONALES EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Autores: Liberto DH, Vagni RL, Toselli L, Elmo GR, Lobos PA
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los pacientes que presentan síndrome de intestino corto (SIC) con insuficiencia intestinal dependen de nutrición parenteral (NPT) para su subsistencia. La pérdida de accesos vasculares condiciona la sobrevida, siendo en muchos casos la causa de indicación de trasplante intestinal o de suspensión del tratamiento.

Método: Se presenta un paciente de 14 meses con SIC 2º a gastrosquisis y resección intestinal masiva, dependiente de NPT, que fue derivado con trombosis de vena cava superior, yugulares, subclavias, femorales e ilíacas de ambos lados. Se realizó Angio TCMD de 64 pistas identificando como vasos permeables: vena ácigos mayor, renales, gonadal izquierda, cava inferior (suprarrenal), y suprahepáticas. El paciente presentaba edema en esclavina con ensanchamiento mediastinal.

Resultados: Durante los últimos 15 meses, el paciente ha recibido los siguientes accesos vasculares centrales no convencionales: 2 vías en la vena suprahepática derecha y 1 vía en la vena suprahepática media, colocadas en forma percutánea bajo guía ecográfica y control angiográfico; 1 vía en la vena ácigos mayor, colocada quirúrgicamente en forma percutánea con videotoracoscopia. Se colocaron catéteres doble lumen tipo Hickmann (Bard®), y los procedimientos se realizaron en sala de Angiografía Digital. El tiempo de permanencia fue de 5,21 y 15 días para la vía suprahepática, y de 9, 4 meses para la vía ácigos.

Discusión: En situaciones extremas, la utilización de accesos venosos centrales no convencionales puede salvar la vida del paciente. La vía suprahepática tiene una durabilidad limitada, y sólo debería ser utilizada en forma transitoria ya que puede condicionar complicaciones en el flujo hepático. La vía ácigos puede ser una alternativa de larga duración, aunque implica un procedimiento más invasivo para su colocación. Una adecuada prevención de las canalizaciones y trombosis venosas, y una derivación precoz de los pacientes, permitirían minimizar la necesidad de estos complejos procedimientos.