

Migración espontánea de la punta del catéter implantable con reservorio (Port-a-Cath®)

Spontaneous migration of the tip of an implantable venous access system (Port-a-Cath®)

Mariano Norese, Ariel P. Ramos

Equipo de Cirugía
Vascular.
Clínica Bazterrica,
Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Mariano Norese:
marianonorese@
hotmail.com

Un acceso vascular permanente es de gran importancia para los pacientes que requieren recibir drogas por vía intravenosa durante un tiempo prolongado.

Los dispositivos de catéter implantable con reservorio subcutáneo (Port-a-Cath®) son ampliamente utilizados para la administración segura de quimioterapia sistémica en pacientes con enfermedades oncológicas.

La migración espontánea de la punta del catéter implantable con reservorio se describe en la bibliografía como una complicación infrecuente, que puede asociarse a consecuencias graves en algunos casos^{1,2}.

Se trata de un varón de 65 años, con antecedentes de ex-tabaquista y asmático, con diagnóstico de linfoma de Hodgkin. Para la administración de quimioterapia sistémica se le colocó un catéter implantable de 9 Fr con reservorio subcutáneo de titanio (Port-a-Cath®), por punción de vena subclavia derecha bajo control radioscópico intraoperatorio, posicionando la punta de catéter en la cava superior-aurícula derecha (Fig. 1).

Recibió tres sesiones de quimioterapia sistémica sin complicaciones.

A los 3 meses, el paciente consultó por mal funcionamiento del catéter; durante el interrogatorio refirió haber padecido algunos episodios de tos, que no jerarquizó por su asma crónica de base.

Se le realizó una radiografía de tórax y se observó la migración de la punta de catéter

implantable hacia la vena yugular interna homolateral (Fig. 2).

Se decidió retirar el catéter implantable bajo control radioscópico y con flebografía intraoperatoria que descartó una trombosis venosa asociada.

Los sistemas de catéter implantable con reservorio subcutáneo (Port-a-Cath®) utilizados como acceso vascular permanente para la administración de quimioterapia están formados por un catéter flexible de siliconas o poliuretano, unido a un reservorio denominado portal de titanio o polisulfona, que se implanta a nivel subcutáneo en la pared anterior del tórax sobre la aponeurosis del músculo pectoral mayor, quedando la punta del catéter en la vena cava superior o aurícula derecha.

En un estudio retrospectivo de más de 3000 pacientes, la colocación este tipo de catéteres se relacionó con una tasa global de complicaciones del 11,8%².

Se conocen las complicaciones tempranas que se producen en el momento de la implantación y se relacionan con la técnica quirúrgica, entre ellas: neumotórax, hematomas, mala posición del catéter, embolia y arritmia. Por otro lado, se describen las complicaciones tardías, derivadas la mayoría de las veces de la manipulación y el uso del catéter: infección, necrosis cutánea del bolsillo de reservorio, trombosis del catéter, rotura del catéter, y la migración espontánea de la punta del catéter¹⁻⁴.

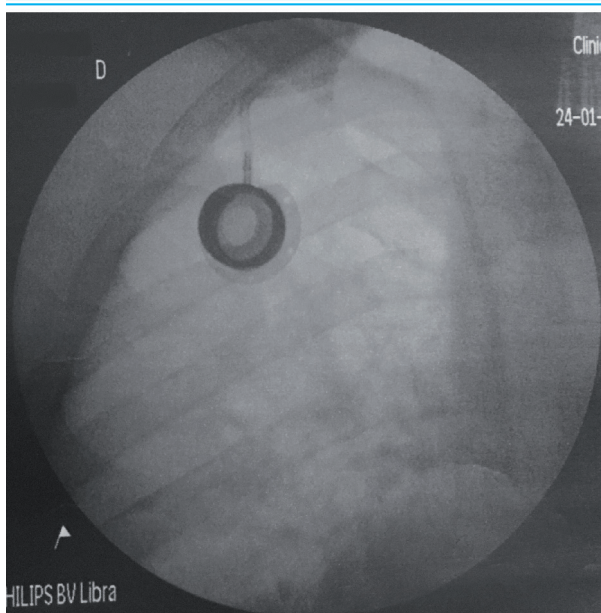
La infección y la trombosis del catéter son las complicaciones tardías más frecuentes; en cambio, la migración espontánea de la punta del catéter es una complicación infrecuente descrita solo en el 2,3% de los pacientes, y la vena yugular interna homolateral al implante, el sitio de migración espontáneo más común^{1,2}.

Si bien la etiopatogenia de esta complicación es poco clara, algunos autores proponen como mecanismos causantes de la migración de la punta de catéter el aumento de la presión intratorácica, los movimientos del miembro superior o un alto flujo de infusión por el catéter^{1,3,5}.

Los factores predisponentes que se relacionan con estos mecanismos son episodios de tos intensa, estornudos, vómitos intensos, maniobras de Valsalva, así como también tumores mediastinales con compresión de la vena cava superior y movimientos de abducción

Recibido el
14 abril de 2015
Aceptado el
26 de agosto de 2015

FIGURA 1



Catéter implantable con reservorio insertado por vía subclavia derecha en vena cava superior

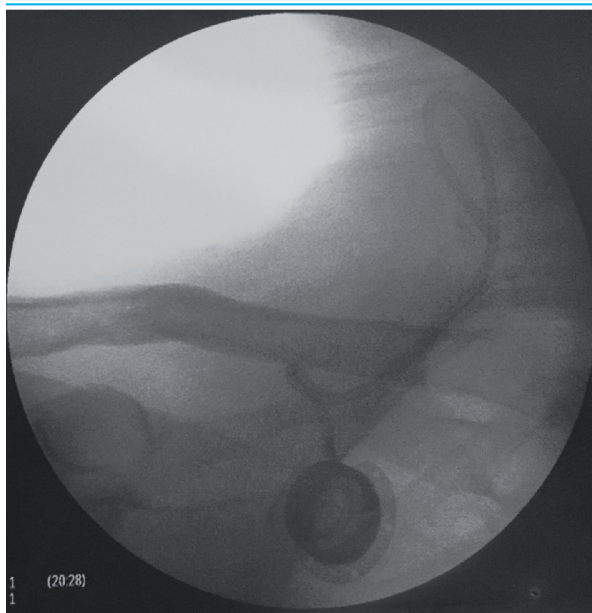
o aducción del miembro superior o hiperextensión del hombro^{1,4,5}.

Wu y cols. describieron en su estudio que los pacientes con cáncer de pulmón tienen una incidencia más alta de la migración de punta de catéter que en otros tipos de cáncer⁶.

Otros trabajos postulan que la migración estaría favorecida por la ubicación final en la que se encuentra la punta del catéter al momento del implante primario y por el diámetro del catéter (ubicaciones más altas en la vena cava superior y/o menor diámetro del catéter se asocian con mayor riesgo de migración)^{3,6}.

La migración espontánea de la punta de catéter con reservorio hacia la vena yugular homolateral no tiene manifestaciones clínicas en la mayoría de los casos. Sin embargo en la revisión de la literatura se han informado pacientes sintomáticos con dolor cervical, dolor de hombro o pabellón auricular homolateral o de ambos, trombosis venosa, infección, mal funcionamiento del catéter, flebitis, así como graves complicaciones neurológicas por infusión retrógrada intracra-

FIGURA 2



Migración espontánea de la punta del catéter hacia la vena yugular interna 3 meses después

neal inadvertida de fármacos irritantes con trombosis de vena cortical^{1,4,6}.

El diagnóstico de migración de catéter se realiza mediante una radiografía de tórax; una vez confirmado, se recomienda también una ecografía Doppler o flebografía intraoperatoria para descartar una trombosis venosa asociada y decidir la necesidad de anticoagulación.

La mayoría de los autores coinciden en retirar siempre el catéter una vez detectada la migración espontánea de la punta del catéter en la vena yugular interna para evitar las graves complicaciones neurológicas^{1,4,5}.

La migración espontánea de la punta del catéter implantable con reservorio (Port-a-Cath[®]) hacia la vena yugular interna es una complicación infrecuente, pero que puede asociarse a infección, trombosis venosa y problemas neurológicos graves.

Para detectarla tempranamente es recomendable realizar controles radiológicos periódicos a pesar del correcto funcionamiento del catéter. Diagnosticada la migración de la punta del catéter, se sugiere retirar el catéter implantable en todos los casos.

Referencias bibliográficas

- Fan WC, Wu CHH, Tsai MJ, Tsai YM, Chang HL, Hung JY, et al. Risk factors for venous port migration in a single institute in Taiwan. *World J Surg Oncol*. 2014; 12:15.
- Nagel SN, Teichgraber UK, Kausche S, Lehmann A. Satisfaction and quality of life: a survey-based assessment in patients with a totally implantable venous port system. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012; 21:197-204.
- Osterlund P, Valta P, Bondedstam S, Lindgren L. Prospective Assessment of Catheter Migration in Implanted Vascular Access Devices for Adjuvant Colorectal Cancer Chemotherapy. *Journal of Cancer Therapy*, 2012; 3: 920-5.
- Aragón López JA, Torres Pérez JL, De La Rosa Abaroa MA, Garnica Bautista G. Migración espontánea de la punta del catéter Port-a-Cath a vena yugular interna ipsilateral. Reporte de dos casos. *An Med (Mex)*. 2014; 59: 310-4.
- Jané Albós S, Casas Grimaldos A, Cuadrado Gorgues S, Rives González M, Sanchís Hijazo J. Complicación infrecuente de los reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes: migración espontánea de la punta del catéter a la vena yugular ipsilateral. *Cir Esp*. 2008; 84:280-91.
- Wu CY, Fu JY, Feng PH, Liu YH, Wu CF, Kao TC, et al. Risk Factors and Possible Mechanisms of Intravenous Port Catheter Migration. *Eur J Vasc Endovasc*. 2012; 44: 82-7.