

# Catéter Venoso Central na Veia Gonadal: Utilização em Pediatria

NORBERTO A. ESTEVINHO JR. B. P. SODRÉ BORGES

*Serviço de Pediatria  
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Porto*

## Resumo

Numa Unidade de Oncologia Pediátrica o uso de catéteres venosos centrais de longa duração é uma constante. Porém, às vezes, deparamos-nos com situações mais complicadas, pelo que é necessário recorrer a outras vias de acesso. É apresentado um caso onde foi utilizada a veia testicular direita como uma boa alternativa, em casos seleccionados, a outras vias de acesso igualmente pouco comuns.

**Palavras-chave:** Catéter venoso central, veia gonadal, pediatria.

## Summary

### Central Venous Access Through the Gonadal Vein: Pediatric Use

In the pediatric oncology unity the central venous access utilisation has became frequent. On the other hand, sometimes, we have come across difficult situations and we need other options. Here is a case where the right gonadal vein (testicular) was used with success and discusses the principal advantages in the selected cases.

**Key-words:** Central venous catheter, gonadal vein, childhood.

## Introdução

Com a evolução dos cateteres de longa duração, principalmente do tipo totalmente implantável, e o número crescente de solicitações para seu uso em Pediatria, principalmente em oncologia e nos casos onde nutrição parentérica prolongada é prevista, é imperioso procurar soluções alternativas quando as vias clássicas já foram utilizadas ou estamos impedidos de o fazer (trombose venosa, infecção). Dentre as possíveis hipóteses, a veia gonadal tem-se mostrado como boa opção nas crianças. Já foi referida na literatura em adultos e recentemente o seu uso em Pediatria tem crescido.

## Material e Métodos

R.F.N., actualmente com sete anos e três meses, em tratamento no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Porto por Leucemia Linfoblástica Aguda desde a idade de três anos e três meses de idade. Deste esta altura foi necessário acesso venoso central devido ao tratamento da doença, de recaída da mesma ou devido a complicações. Até esta data já lhe foram introduzidos cinco cateteres venosos centrais, a saber: três na região da cava superior (veias jugular interna e subclávia à direita e veia subclávia à esquerda) do tipo totalmente implantáveis. Foram retirados o primeiro por infecção e os outros dois por trombose, confirmada por *ecodoppler* e ecocardiograma. - (trombose de veia jugular interna à direita com sinais de cronicidade, na veia subclávia direita e trombo apical na aurícula direita na dependência do catéter). Foi introduzido um quarto catéter de tipo Hickman na veia femoral direita, exteriorizado no abdómen, que foi retirado dois meses depois por trombose de veia (*ecodoppler* - trombose na veia femoral comum superficial e profunda).

---

**Correspondência:** Norberto Estevinho  
IPOFG-Porto Serviço de Pediatria  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072 -Porto  
E-mail: naestevinhojr@mail.telepac.pt

Em Maio de 2002 foi introduzido um catéter venoso central na veia gonadal (testicular), à direita. Foi utilizada a seguinte técnica cirúrgica: Sob anestesia geral, com o paciente em posição supina. A incisão foi feita na fossa ilíaca direita, os músculos foram afastados no sentido de suas fibras e o peritoneu medianamente, para entrar no plano retroperitoneal. A veia foi então isolada. Introduziu-se um catéter de Silastic totalmente implantável nº 7 Fr. A veia foi laqueada com fio inabsorvível no sentido proximal e não o foi no sentido distal. A ponta do catéter foi posicionada subdiafragmaticamente na veia cava inferior (Fig 1). O reservatório foi colocado na região torácica inferior sobre a costela, após realização de túnel subcutâneo.

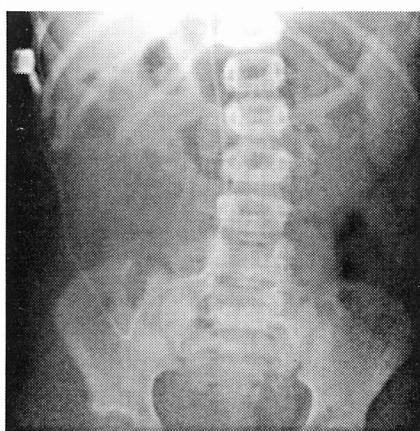


Fig. 1 - Cateter na veia gonadal posicionado na veia cava inferior

## Resultados

Após quatro meses de uso, o catéter introduzido na veia testicular não teve nenhuma complicaçāo e, além disso, a trombose venosa tem melhorado nos ecodopplers de controlo.

## Discussão

Os cateteres venosos centrais numa Unidade de Oncologia são de importância capital no tratamento das crianças, proporcionando às mesmas menores riscos na administração de drogas de maior toxicidade, administração de maior volume quando necessário e realização frequente de análises. Por outro lado, quando estão em tratamento em regime ambulatório ou mesmo em fase de remissão, permitem uma vida normal, sem restrição de actividades. Boas razões para o seu uso cada vez mais frequente.

No nosso caso, tínhamos uma criança com vários episódios de trombose venosa e, apesar disso, era necessário um acesso venoso de longa duração para efectuar o tratamento médico proposto.

A veia gonadal já tem sido usada com êxito em adultos (é utilizada mesmo como recurso durante uma cirurgia abdominal<sup>1</sup>) em crianças tem sido como boa opção, principalmente nos casos de trombose das vias de acesso clássicas a veia cava inferior<sup>2</sup>, situação em que ela já se encontra dilatada. À direita a veia gonadal insere-se directamente na veia cava inferior e em uma posição oblíqua o que facilita a introdução de catéter ou do fio guia. Durante a fixação do catéter a veia pode ser laqueada com fio inabsorvível no lado distal e com fio absorvível de curta duração no lado proximal, para evitarmos, aquando da sua retirada, tracção excessiva na veia gonadal e risco subsequente de rotura da mesma na inserção da veia cava. Com a utilização de cateteres totalmente implantáveis o respectivo reservatório pode ser colocado na região inguinal (sobre o ilíaco) ou torácica inferior (sobre a costela), sendo esta última preferida por ter trajecto subcutâneo longo.

De acordo com a literatura, também nós pensamos que este acesso venoso deve ser uma escolha a ter em consideração nos casos difíceis, até superando alternativas de indicação já clássica.

## Bibliografia

1. Sugarbaker PH. Central venous access through the right gonadal vein. *J Surg Oncol* 2002; 79(1): 71
2. Shankar KR, Anbu AT, Losty PD. Use of the gonadal vein in children with difficult central venous access: a novel technique. *J Pediatr Surg* 2001; 36(6): E3