

VI CONGRESO NACIONAL DEL  
CAPÍTULO DE DIAGNÓSTICO  
VASCULAR NO INVASIVO  
DE LA SEACV

Oviedo, 27 de septiembre de 2003

## Cirugía sin arteriografía: nuevos planteamientos diagnósticos

J.A. González-Fajardo

El reciente empleo del eco-Doppler como única imagen de estudio preoperatorio en la cirugía revascularizadora de los miembros inferiores, ha generado un importante debate en la bibliografía médica. Ante todo, porque cuestiona un método unido al desarrollo de la cirugía vascular moderna y que hasta hace poco era el *sine qua non* para la toma de decisiones quirúrgicas; pero, además, porque esta nueva actitud supone reivindicar un mayor protagonismo y consolidación de las unidades de cirugía vascular frente a la dependencia actual de la radiología.

Desde que en 1929 Reynaldo dos Santos realizara la primera arteriografía translumbar, esta técnica, simplificada por Seldinger y mejorada con el empleo de nuevas tecnologías, como el DIVAS, ha sido el medio diagnóstico de elección para la planificación quirúrgica de un paciente con patología vascular. La delineación cartográfica de los vasos, con sus referentes anatómicos de entrada y salida de flu-

jo, ha sido algo esencial por su fácil interpretación. No obstante, ya en 1978 este estado de *gold standard* lo cuestionó Eugene Strandness, quien señaló algunas limitaciones innatas a su empleo y la frecuente disociación entre imágenes e implicaciones clínicas de los pacientes. La conocida frase de Martorell de que 'no se operan arteriografías sino pacientes', traduce en los inicios de la especialidad en España esa debilidad diagnóstica de la que hasta ahora ha sido la prueba de referencia con la que teóricamente debían medirse otras. La arteriografía, en su concepción moderna de menor agresividad, es una prueba altamente fiable, pero que en determinadas circunstancias suele ser demasiado optimista y subestimar lesiones estenóticas o, por el contrario, condenar extremidades a la amputación. Se conoce sobradamente, por ejemplo, la incapacidad de la arteriografía para identificar la permeabilidad de vasos distales en pacientes con isquemia crítica o la

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid, España.

Correspondencia:

Dr. J.A. González-Fajardo.  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal, s/n. E-47005 Valladolid. E-mail: jafajardo@ya.com

© 2003, ANGIOLOGÍA

necesidad, a veces, de improvisación quirúrgica de acuerdo con los hallazgos intraoperatorios. Por tanto, la pregunta clave que debemos hacernos es si este mapa detallado se necesita siempre para planear un procedimiento quirúrgico y si otro tipo de información nos haría cuestionar o cambiar el plan inicial.

Con la evidencia médica acumulada se puede decir que con un nivel de experiencia adecuado se puede llevar a cabo cirugía carotídea o revascularizadora de los miembros inferiores con un nivel de seguridad muy elevado. Hoy día, por ejemplo, se reconoce que más del 50% de los pacientes con patología carotídea pueden intervenir sin que ello suponga modificar la decisión terapéutica. De la misma manera, en muchos centros de EE.UU. y Europa comienza a ser una práctica común el ingreso de pacientes con arteriopatía crónica el día anterior a la intervención, con un planteamiento basado exclusivamente en los hallazgos del eco-Doppler. La arteriografía, bien preoperatoria o intraoperatoria, se reserva para un uso selectivo. No obstante, a diferencia del territorio carotídeo, no existen todavía estándares reconocidos de gradación del nivel estenótico dentro de los vasos de las extremidades. El eco-Doppler, además, presenta importantes limitaciones en pacientes obesos, con edema, trastornos tróficos, calcinosis o lesiones en tándem, que pueden hacer muy difícil completar el estudio anatómico de manera satisfactoria. Algunos segmentos vasculares son difíciles de obtener incluso en pacientes sanos. Por tanto, todavía queda por definir con precisión qué grupos de enfermos necesitan

una arteriografía preoperatoria, cuáles una arteriografía intraoperatoria y cuáles pueden intervenir sin ninguna exploración adicional. En este sentido, por ejemplo, en el ámbito aórtico y de troncos viscerales el eco-Doppler o la angiotomografía (angio-TAC) se consideran técnicas de cribado o complementarias a la angiografía. Tan sólo la angiorresonancia (angio-RM), con sus nuevas variantes técnicas, ha demostrado una sensibilidad y especificidad similar a la angiografía.

La capacidad de discernir la actitud terapéutica más apropiada requiere o enfatiza la necesidad de que las exploraciones sean fiables. El explorador debe entrenarse y acreditarse apropiadamente, y, como señala Ascher, debe comentar el caso con el cirujano. Si los estudios tienen que ser de valor, los laboratorios deben ser de calidad e integrarse dentro de unidades de cirugía vascular. El cirujano vascular moderno, no tan sólo diagnóstica, sino que debe ser capaz de tomar decisiones terapéuticas basadas en sus propios hallazgos. La controversia de fondo va más allá del diagnóstico y comienza a sugerir un planteamiento integral del paciente vascular en unidades específicamente dedicadas a ello. El mayor beneficiario será el paciente, pero también nuestra propia especialidad, en cuanto desarrollo y autonomía. La angiografía intraoperatoria se convierte así en un medio de confirmación realizado por el cirujano, sin que precise del concurso de un radiólogo. Esta tendencia no excluye que en determinadas circunstancias se necesiten todavía otras pruebas complementarias (DIVAS, TAC, angio-RM). La concepción clásica de la cirugía vascu-

lar, prioritariamente quirúrgica y en la que la arteriografía se considera el único medio diagnóstico válido en la toma de decisiones preoperatorias, ha contribuido durante años a una dependencia de la radiología y a un importante lastre actual en la formación y adiestramiento en procedimientos endovasculares.

Las nuevas innovaciones tecnológicas hacen presumir que en un futuro cercano la combinación de técnicas diagnósticas no invasivas puedan proporcionar la misma o superior información que la arteriografía convencional. Son mu-

chas las preguntas que quedan abiertas y las debilidades metodológicas que deben encontrar una respuesta en los próximos años. Los excelentes trabajos de los doctores Fernández-Valenzuela, Manuel-Rimbau, Fontcuberta y Luján contribuirán a precisar las ventajas e inconvenientes del empleo de estas técnicas en los territorios carotídeo, visceral, aortoiliaco y de miembros inferiores, con la certeza de que sus experiencias serán un importante estímulo para el resto de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.