

# El laboratorio vascular y la clínica

---

E. Ros-Díe

Cuando el clínico dispone de forma rutinaria de la posibilidad de realizar distintas pruebas diagnósticas no invasivas, éstas se convierten en parte integrante de su protocolo diagnóstico. Al contrario de otras pruebas diagnósticas realizadas por otros especialistas, que se piden en casos concretos y con indicaciones más o menos consensuadas –p. ej., incluso la arteriografía–, las pruebas no invasivas se incorporan a los protocolos diagnósticos, de tal manera que es impensable diagnosticar una claudicación intermitente sin efectuar un índice tobillo/brazo (ITB), unas presiones segmentarias o una claudicometría, según las preferencias de cada grupo. El grado funcional lo establecemos de esta forma, e incluso el criterio de isquemia crítica nos obliga a determinar la presión arterial del tobillo (menor de 50 mmHg).

Del mismo modo, no se acepta hoy en día diagnosticar e intervenir quirúrgicamente una estenosis carotídea que no se haya caracterizado previamente, morfológica y funcionalmente, con un

correcto estudio con ecografía Doppler con color (EDC). Si la estenosis carotídea no posee un intervalo suficiente para operarse, se hará su seguimiento posterior con ecografía Doppler (ED). Si la estenosis carotídea se resuelve quirúrgicamente, ya sea por tromboendarterectomía convencional o por angioplastia y endoprótesis, es obligatorio un seguimiento posterior con ED, para detectar precozmente posibles reestenosis. La subclavia y la vertebral son también arterias perfectamente susceptibles de estudiarse, en gran parte de sus recorridos, con ED, preoperatoria y posoperatoriamente.

Hoy día es impensable plantear una revascularización de los troncos distales de los miembros inferiores (MMII) sin que se haya valorado previamente la safena en toda su extensión utilizable mediante ED. Después de la realización de una derivación *in situ*, el estudio de las posibles fístulas residuales para su evaluación y, en su caso, ligadura, constituye otra indicación precisa de la ED.

*Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada, España.*

Correspondencia:

*Dr. E. Ros Díe. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Avda. Dr. Oloriz, 12. E-18012 Granada. E-mail: ros@ugr.es*

© 2004, ANGIOLOGÍA

También constituye una aplicación muy actual y útil de la ED el diagnóstico de los pseudoaneurismas yatrógenos postpunción; además de confirmar el diagnóstico o hacerlo en muchos casos, permite realizar una compresión ecoguiada o una inyección trombosante ecoguiada con diversos productos existentes en el mercado.

En definitiva, cualquier arteria accesible a la EDC por su situación anatómica, es susceptible de estudiarse por este medio de forma más completa que con la estática y monoplanar arteriografía. Además, la EDC carece de las nada desdeñables complicaciones de las técnicas invasivas. En el enfermo ingresado y, de forma especial, en el ambulatorio, la posibilidad de repetir esta exploración aporta un valor especialmente apreciado en los seguimientos preoperatorios o posoperatorios.

En el ámbito venoso, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de las trombosis venosas profundas (TVP), la ED es fundamental. En el diagnóstico de la insuficiencia venosa crónica, la ED ha cambiado realmente muchos conceptos basados previamente en pruebas funcionales, no siempre bien diseñadas y, mucho menos, interpretadas. Las varices, hoy día, se operen por la técnica que se operen, requieren previamente al menos un estudio Doppler y, en la mayoría de los casos, con EDC. Estos nuevos conceptos, surgidos sin duda de las posibilidades que nos oferta la EDC, permiten la realización de auténticos estudios cartográficos de los sistemas venosos de los MMII, imprescindibles si se aplica más tarde la estrategia CHI-

VA, pero también útil si se persiste en el tratamiento quirúrgico convencional de las varices. La comprobación de los resultados quirúrgicos, por uno u otro método, debe realizarse con ED, y sólo en casos de carencia de la misma se comprueba todavía con estudio Doppler la bondad del tratamiento aplicado.

Según la habilidad técnica de las personas que realicen la ED, se valora y utiliza en el estudio de otros territorios, como las arterias viscerales y, de forma especial, las arterias renales. Si los pacientes no son obesos ni tienen acúmulos importantes de gas intestinal, esta técnica se realiza con elevados niveles de coste-efectividad renal. En patologías provocadas por lesiones de las arterias viscerales es más difícil su realización, por el meteorismo que con gran frecuencia acompaña dichas patologías.

Es indudable, por tanto, que los clínicos, en el momento actual, les pedimos a todas estas pruebas no invasivas una concreción y seguimiento de las alteraciones arteriales y venosas de nuestros enfermos difícilmente realizables, en este sentido, por otros especialistas; la tendencia es que, cada vez con mayor frecuencia, seamos nosotros mismos los que practiquemos muchas de estas exploraciones. La complejidad y destreza que algunas de ellas requieren aconsejan la existencia de los laboratorios vasculares en el ámbito de los servicios y unidades de Angiología y Cirugía Vascular, pero con cirujanos vasculares que, de forma permanente o transitoria, se dediquen con exclusividad o preferencia a estas exploraciones, y adquirieran así una mayor especialización en ellas.