

Aorta abdominal y arterias viscerales

J. Concejo-Álvarez

El estudio de los aneurismas de la aorta abdominal (AAA) y de la patología de las arterias viscerales (arterias renales, mesentérica superior y tronco celíaco) representó el 14% del total de las exploraciones vasculares realizadas en nuestro Laboratorio Vascular (LV) durante el año 2003.

El diagnóstico ecográfico del AAA no ofrece mayor dificultad, y es la exploración de referencia para medir su extensión y diámetro, así como para su seguimiento periódico. Aunque su relación con las arterias renales y la afectación o no de las arterias ilíacas pueda condicionar el tratamiento a seguir, será el diámetro máximo (mayor de 5,5 cm) el criterio para indicar el tratamiento quirúrgico o endovascular. Existe un amplio consenso sobre los aneurismas de un diámetro inferior a 4 cm, consistente en una revisión anual, y para los aneurismas entre 4 y 5 cm, cada 6 meses durante el primer año. El mayor problema se plantea con un diámetro entre 5 y 5,5 cm, o cuando existe un crecimiento

rápido (más de 3-4 mm/año) en aneurismas pequeños o cuando un aneurisma menor de 5 cm de diámetro comienza a ser sintomático. En estos casos, si no indicamos la intervención quirúrgica o endovascular, solicitamos una TAC de confirmación diagnóstica y realizamos una ecografía Doppler (ED) de control cada tres meses para seguir la evolución.

Es ampliamente aceptada la utilidad de la ED como método diagnóstico de primera elección en el seguimiento de las endoprótesis aórticas, para determinar el crecimiento o reducción del saco aneurismático y para valorar la permeabilidad del injerto. La mayor dificultad se presenta para detectar las posibles fugas o *endoleaks*, donde la angiorresonancia magnética y la TAC helicoidal tienen mayor fiabilidad.

En nuestro centro de trabajo hacemos un seguimiento durante el primer año con control mediante ED y TAC helicoidal simultánea en el 3.º y el 6.º mes y anual, con una excelente correlación de los resultados en la valoración

Sección de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Gregorio Marañón. Madrid, España.

Correspondencia:

Dr. J. Concejo Álvarez. Sección de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Gregorio Marañón. Dr. Esquerdo, 46. E-28007 Madrid. E-mail: javierconcejo@eresmas.com

© 2004, ANGIOLOGÍA

del tamaño del saco y la permeabilidad del injerto. En la valoración de las fugas, y a pesar de la utilización del segundo armónico y de los ecopotenciadores, obtenemos unos resultados similares a los publicados por otros equipos, con una sensibilidad baja (90,6%) y escaso valor predictivo positivo (VPP: 74,5%). Encontramos los mejores resultados en la fuga de tipo II, aunque sin poder determinar el origen de la fuga.

Así como la patología aneurismática quirúrgica y no quirúrgica de la aorta abdominal se liga directamente al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y, por lo tanto, al LV, el estudio de la patología de las arterias viscerales y, particularmente, de las arterias renales, lo solicitan otras especialidades, con criterios de inclusión diagnóstica y seguimiento no invasivo no siempre consensuados. En nuestro LV, el 95% de las exploraciones selectivas de las arterias renales procede del Servicio de Nefrología y de la Unidad de Hipertensión ante un cuadro de HTA renovascular o insuficiencia renal, y el 5% restante, de la consulta de Vascular.

Los criterios aceptados en el estudio por ED de la HTA renovascular son: asimetría renal en la ecografía o la radiografía, inicio antes de los 20 años o después de los 50 años en ausencia de historia familiar, HTA grave o refractaria al tratamiento farmacológico, empeoramiento de HTA en pacientes bien controlados y en sospecha de hiperaldosteronismo secundario.

En una insuficiencia renal con sospecha de nefropatía isquémica se realiza una ED si la edad es superior a los 50 años con antecedentes de arteriosclero-

sis o diabetes, deterioro inexplicado de la función renal con o sin HTA, deterioro de la función renal tras la administración de IECA y en la insuficiencia cardíaca recurrente.

A pesar de las limitaciones diagnósticas ya conocidas –estudio con detenimiento, interferencia de gases, grasa, vasos de pequeño calibre–, en la mayoría de los casos se puede visualizar y estudiar el flujo de las arterias renales en el *ostium* y en el tramo de origen y, además, se valorará el tamaño del riñón y la señal de flujo intraparenquimatoso, utilizando los ecopotenciadores en casos de sospecha de oclusión.

Si el resultado es normal o se detecta una estenosis menor del 60%, hacemos una ED de control anual, y si existe una estenosis superior al 60% u oclusión se realiza una TAC helicoidal y una arteriografía.

En nuestra experiencia, la incidencia de casos patológicos es baja (22% del total de los estudios) con una buena correlación diagnóstica con la arteriografía (sensibilidad superior al 90%).

En el seguimiento con la ED de la revascularización renal, nosotros seguimos las pautas de la *Guía diagnóstica no invasiva* con buenos resultados en la angioplastia simple y mayor dificultad diagnóstica en la angioplastia transluminal percutánea con endoprótesis y también buenos en el seguimiento de la derivación aortorrenal; realizamos durante el primer año un estudio de control, habitualmente sin ecocontraste, a los 6 y 12 meses, asociado a un TAC helicoidal. Si el resultado es normal o existe una estenosis menor del 60%, se

realiza una ED anual, y si se objetiva una estenosis superior al 60% se realiza una arteriografía.

La incidencia de la patología isquémica de la arteria mesentérica superior (AMS) y el tronco celíaco (TC) no siempre se estudia bien, y no se encuentran demasiados trabajos publicados sobre el diagnóstico y el seguimiento no invasivo con la ED. En nuestro LV realizamos un estudio ED en la valoración de una angina de pecho mesentérica, un soplo abdominal no etiquetado o ante el hallazgo casual en un estudio de las arterias renales. Si la imagen ecográfica

es de aceptable calidad, se podrán visualizar la AMS y el TC. Se valorará la permeabilidad del vaso con la posible estenosis u oclusión y se podrá realizar un seguimiento de la revascularización. Los parámetros hemodinámicos de nuestro LV son de una velocidad sistólica máxima mayor de 300 cm/s para una estenosis significativa y una ausencia de flujo en la oclusión de la AMS, donde obtenemos una buena correlación diagnóstica con la arteriografía y escaso resultado en la oclusión confirmada del TC, debido principalmente a las vías de suplencia.