

Exploración venosa de las extremidades inferiores

J.M. Escribano-Ferrer

Ecografía Doppler venosa

Diagnóstico de la insuficiencia venosa crónica

En nuestras consultas externas el médico de cabecera filtra los pacientes. Por tanto, una exploración venosa debería tener una rentabilidad alta. Si en la población general la prevalencia de insuficiencia venosa crónica sería del 9,4% en hombres y del 6,6% en mujeres [1], prevalencia que aumenta con la edad, se espera que las solicitudes de exploración con ecografía Doppler (ED) de nuestra población den lugar a una prevalencia de enfermedad venosa sensiblemente superior a estas cifras basales. Pues bien, en nuestro laboratorio, los siguientes motivos de exploración dieron prevalencias de insuficiencia venosa inferiores a los de la población general: insuficiencia venosa, edema y telangiectasias.

¿Qué explicación tiene este filtrado a la inversa? ¿La masificación de la consulta externa? ¿La práctica de una medi-

cina a la defensiva? Lo cierto es que no son exploraciones justificables.

Además, pongamos que tenemos a un paciente con varices tronculares de pequeño tamaño que no consideramos quirúrgicas o que el enfermo no quiere operarse. ¿Qué sentido tiene solicitar una ED venosa? ¿Sirve para confirmar un diagnóstico que ya suponemos, o para plantear una estrategia quirúrgica que no vamos a realizar?

Se proponen los siguientes motivos de exploración venosa con ED:

- Pacientes con varices quirúrgicas.
- Pacientes con secuelas de síndrome posflebítico.

Diagnóstico de la trombosis venosa

En este caso, la presión para el médico especialista es mayor, por las posibles consecuencias de un error diagnóstico. Por otra parte, la sintomatología clínica y la exploración física en el caso de la trombosis venosa profunda (TVP) no son concluyentes. Por ello, ante una sos-

*Unidad de Diagnóstico.
Hospitals Vall d'Hebron.
Barcelona, España.*

Correspondencia:
*Dr. J.M. Escribano Ferrer.
Unidad de Diagnóstico.
Hospital Vall d'Hebron.
Avda. Vall d'Hebron, 119-
129. E-08035 Barcelona.
E-mail: josemariaescribano
@telefonica.net*

© 2004, ANGIOLOGÍA

pecha de TVP, se debe practicar una ED, aun aceptando un alto índice de exploraciones negativas.

Sospecha de TVP

La duda surge con aquellos pacientes con sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) a los que se solicita una ED. Habitualmente, el protocolo diagnóstico no suele incluir el patrón oro, es decir, la angiografía pulmonar, de tal manera que habitualmente iniciamos el estudio con una gammagrafía de ventilación/perfusión que, aun informando de alta probabilidad de TEP, no asegura el diagnóstico. La visualización directa del trombo es posible con angiotomografía computarizada [2] y angiorresonancia magnética, que es la prueba diagnóstica de elección, pero la baja disponibilidad de estas pruebas propicia con frecuencia que el internista solicite una ecografía Doppler, con el fin de hallar una posible TVP.

No obstante, la ausencia de trombo en las EEII no excluirá el TEP. Por otra parte, la incidencia de TVP de las EEII es sólo del 4% en los pacientes asintomáticos o con celulitis remitidos para una ecografía Doppler, y todavía inferior en pacientes con edema bilateral [3,4].

Con un diagnóstico confirmado de TEP, el tratamiento no varía en función de la procedencia del foco embolígeno, por lo que la práctica de una ED, en este caso, no se indicaría.

En caso de practicar una ED, su rendimiento no será alto: en caso de sospecha diagnóstica de TEP, el foco embolígeno se descubre con ED en el 11-18% de los casos. Algunos autores afirman

que una exploración rigurosa que incluyera las venas gemelares y el sistema venoso superficial alcanzaría el rendimiento diagnóstico de la flebografía, es decir, en torno al 30% de los casos de sospecha de TEP [5].

Seguimiento de la trombosis venosa profunda

Debemos plantearnos una vez más qué buscamos con esta exploración: ¿determina el tiempo de descoagulación? No. Normalmente, se determina por la evolución clínica y por la existencia o no de factores desencadenantes. Por tanto, no tiene sentido realizar exploraciones seriadas para ver cómo evoluciona la fibrinólisis del trombo.

Sí puede resultar útil una exploración cuando el clínico decida que el paciente finalice el tratamiento anticoagulante, para poder comparar el resultado en caso de sospecha de nueva trombosis.

Es suficiente, por tanto, un control único, al finalizar el tratamiento anticoagulante por TVP.

Pletismografía

La relevancia de la pletismografía en la práctica clínica es mínima.

En el diagnóstico de la insuficiencia venosa, tan sólo la pletismografía aérea desempeña un papel capital gracias a la posibilidad de cuantificar la insuficiencia venosa [6], al igual que la punción venosa directa. La pletismografía aérea se emplea generalmente en trabajos de investigación.

El resto de las técnicas pletismográficas

ficas tan sólo nos pueden decir si existe insuficiencia venosa, no su grado, y su capacidad para discriminar el origen anatómico es nulo. El empleo de torni-

quetes que anulan diferentes territorios venosos puede ayudar a puntualizar de forma aproximada la anatomía del trastorno que nos preocupa.

Bibliografía

1. Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes FG. Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. *J Vasc Surg* 2002; 36: 520-5
2. López-Beret P, Pinto JM, Romero A, Orgaz A, Fontcuberta J, Oblas M. Systematic study of occult pulmonary thromboembolism in patients with deep venous thrombosis. *J Vasc Surg* 2001; 33: 515-21.
3. Sheiman RG, Weintraub JL, McArdle CR. Bilateral lower extremity US in the patient with bilateral symptoms of deep venous thrombosis: assessment of need. *Radiology* 1995; 196: 379-81.
4. Cronan JJ. Venous thromboembolic disease: the role of US. *Radiology* 1993; 186: 619-30.
5. Barrellier MT, Lezin B, Landy S, Le Hello C. Prevalence of duplex ultrasonography detectable venous thrombosis in patients with suspected or acute pulmonary embolism. *J Mal Vasc* 2001; 26: 23-30.
6. Christopoulos DG, Nicolaidis AN, Szendro G. Venous reflux: quantification and correlation with the clinical severity of chronic venous disease. *Br J Surg* 1988; 75: 352-6.