

ARTÍCULO DE OPINIÓN



ERRORES FRECUENTES ACERCA DE PATOLOGÍAS VASCULARES EN LAS DERIVACIONES A CIRUGÍA VASCULAR

Para evitar errores diagnósticos, estudios innecesarios y pérdida de tiempo, así como para no generar angustia en el paciente y sus familiares, se considera necesario reconocer y difundir los errores más comunes en las derivaciones en consulta a los cirujanos vasculares por parte de médicos que no son de esta especialidad.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

ANEURISMA TROMBOSADO

Uno de los aspectos que más impresionan a los médicos de otras especialidades al leer los informes de tomografía o ecografía de los pacientes con aneurisma de aorta abdominal es la presencia de trombos en su interior. En algunos casos esto provoca alarma y por consecuencia en el paciente y sus familiares, convirtiéndose en el principal motivo de consulta o generando la calificación de “urgente” en la derivación al cirujano vascular, muchas veces con el rótulo de “aneurisma trombosado”. Debe saberse que la formación de trombos murales (trombos adheridos a la pared del aneurisma, con conservación de la luz aórtica), es un proceso fisiológico normal, y que por el contrario debería llamar la atención su ausencia. Todos los aneurismas tienen trombosis en sus paredes, aunque hay importantes variaciones individuales en cuanto a su magnitud, extensión y distribución. La presencia de trombos murales no debe ser motivo de preocupación adicional al diagnóstico de aneurisma, ni debe ser remarcado a los pacientes y familiares, que suelen ser sensibles a la palabra trombosis.

AUTOR:

DR. GERARDO RODRÍGUEZ
PLANES

JEFE DE SERVICIO CIRUGÍA
VASCULAR, HOSPITAL
CHURRUCA

CORRESPONDENCIA:

gerardo.rplanes@gmail.com

ANEURISMA DISECANTE

Al referirnos a aneurisma de aorta abdominal, uno de los errores más frecuentes es la calificación de “disecante” o referirse a la complicación del aneurisma con la expresión “está disecando”. El médico debe conocer que la disección aórtica en la abrumadora mayoría de los casos comienza en la aorta torácica, y si se encuentra en aorta abdominal es porque el proceso de disección se ha propagado desde el tórax hasta el abdomen. La presencia de verdadera disección localizada en aorta abdominal, sin compromiso de aorta torácica, es una situación clínica tan rara que justifica la publicación de cada caso individual. Mientras tanto, son miles los casos de disección de aorta torácica que se producen en el mundo todos los días. Por lo tanto, salvo esas rarísimas excepciones, la calificación de disecante no corresponde en la aorta abdominal. En cuanto a las situaciones de urgencia, los aneurismas verdaderos de aorta abdominal, de causa aterosclerótica, se complican por fisura o ruptura de sus paredes, jamás por disección.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

CALCIFICACIÓN ARTERIAL EN RX SIMPLE

Uno de los procesos naturales asociados al envejecimiento es el progresivo depósito de placas ateromatosas en las paredes arteriales. Este proceso incluye normalmente cierto grado de calcificación, que puede ser muy notable en algunos pacientes. La realización de radiografías simples en abdomen, cuello y miembros puede en algunos casos mostrar su presencia como dos líneas paralelas que marcan los límites de la arteria. Este proceso por sí mismo no tiene mayor significado clínico, salvo la lógica rigidez arterial seguramente acompañada de hipertensión. La calcificación de las paredes no implica estenosis ni obstrucción arterial; arterias con sus paredes groseramente calcificadas pueden estar ocluidas, tener algún grado leve de estenosis sin significación clínica o mantener su completa permeabilidad. Por lo tanto este signo no debe por sí solo generar la consulta al especialista, salvo que el resto de los aspectos clínicos así lo aconseje.

TAMAÑO DE ANEURISMA, VALORES ACEPTABLES Y CONFUSIONES

Los valores normales del diámetro de la aorta abdominal oscilan entre 2 y 2,5 cm, aunque existen variaciones relacionadas con la edad, el sexo y la contextura física. Se considera patológica una aorta abdominal con diámetro transversal de más de 3 cm, y en pacientes de sexo masculino y contextura física normal el límite para considerar la necesidad de cirugía es de 5,5 cm. Al realizar estudios por imágenes, especialmente ecografía y tomografía, suelen informarse dos diámetros transversos (anteroposterior y transversal) y la longitud del aneurisma. Esta última medida es de menor importancia diagnóstica y más subjetiva, puesto que en aneurismas fusiformes la interpretación

de dónde empieza y dónde termina el aneurisma es algo arbitraria. No obstante, suelen informarse los tres valores numéricos juntos para los diámetros anteroposterior, transversal y longitud del aneurisma, respectivamente. Esta forma de descripción no es clara, porque junto con los valores realmente importantes (los diámetros) se incluye otro sin mayor significado (la longitud), lo que genera muchas veces confusión. Por ejemplo, en un aneurisma con diámetros transversales de 4 cm y longitud de 6,5 cm, este último valor francamente superior a 5,5 cm puede ser interpretado con alarma y solicitudes urgentes de evaluación. Incluso en algunos casos hemos visto que en los informes se describe la longitud como “diámetro longitudinal”, verdadero error de concepto que refuerza la confusión (por definición, si es un diámetro no puede ser longitudinal). Lo ideal sería que los profesionales de diagnóstico por imágenes separaran la información relevante (diámetros) de la que no tiene mayor importancia clínica (la longitud), pero dado que es una costumbre informar estas tres medidas juntas es importante conocer la diferencia para no provocar ansiedad en el paciente y sus familiares.

INFORME DE ECODOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES

El ecoDoppler arterial de los miembros inferiores es solicitado con excesiva frecuencia por médicos generales y de otras especialidades, en muchos casos como una forma de reemplazar el examen físico. Debe tenerse en cuenta que no es tan confiable su sensibilidad para las arterias de la pierna, sector en el que se hace más evidente que se trata de un estudio dependiente del operador. Aun bien realizado e informado, la falta de conocimiento sobre el tema suele provocar dudas al momento de interpretar los informes escritos de estos estudios. Sería ideal que ante síntomas compatibles con una probable enfermedad vascular el médico tratante derivara al paciente al especialista, dejando a consideración de éste la solicitud de un ecoDoppler, que muchas veces es totalmente innecesario. Los errores de interpretación de los informes de ecoDoppler son sumamente frecuentes, resumiéndose los principales.

Irregularidades parietales, engrosamiento y calcificación de las paredes

Con el paso de los años las irregularidades, engrosamientos y calcificación de las paredes arteriales son la norma, y por sí mismos no revisten mayor significación. Lo realmente importante del informe del ecoDoppler periférico es la descripción del flujo arterial, que puede estar conservado sin alteraciones significativas a pesar de estas previsible anomalías.

Estenosis, porcentajes

Las estenosis arteriales adquieren significación hemodinámica a partir de la disminución de la luz a la mitad y (dependiendo de la arteria analizada y de otras variables) se consideran clínicamente significativas cuando superan el 70-80%. En pacientes con factores

de riesgo cardiovascular (FRC), estenosis aisladas de menos del 50% con conservación del flujo arterial no deberían ser causa de alarma ni de derivación urgente.

Arterias distales ocluidas

En personas con FRC o de edad avanzada es muy frecuente no hallar señal en alguna de las arterias principales de la pierna (tibial anterior, tibial posterior y peronea). En el caso de los diabéticos de larga data es frecuente encontrar ocluidas ambas arterias tibiales, con conservación del flujo por la arteria peronea. En pacientes asintomáticos, que pueden caminar largas distancias sin inconvenientes, el hallazgo casual de la ausencia de señal en algún vaso de la pierna no es lo suficientemente significativo como para justificar una derivación o interconsulta al cirujano vascular. Por otra parte, la ya mencionada menor sensibilidad del ecoDoppler para detectar las arterias de pequeño calibre de las piernas relativizan estos hallazgos. Todos los cirujanos vasculares tenemos la experiencia de encontrar con el Doppler portátil excelentes señales pulsátiles en arterias que en los informes de ecoDoppler aparecen como ocluidas o no detectadas, y en algunos casos extremos se palpan buenos pulsos sobre las arterias presuntamente ocluidas. Las oclusiones arteriales distales detectadas por ecoDoppler, por lo tanto, tienen relativo valor si no están acompañadas de un contexto clínico.

Flujo reverso

Como un ejemplo particular de interpretación equivocada de los informes de ecoDoppler puede citarse el caso de un paciente derivado de urgencia al cirujano vascular ante el hallazgo de “flujo reverso”, que suele describirse en los informes de ecoDoppler de pacientes sanos, puesto que corresponde a un componente de la onda del pulso relacionada con la elasticidad arterial.

INFORME DE ECODOPPLER DE VASOS DEL CUELLO

Obstrucciones y estenosis de carótida externa

La carótida externa no tiene participación en el flujo cerebral, de modo que si algún paciente tiene lesiones aisladas de carótida externa, sin compromiso de la carótida interna, merece los adecuados controles clínicos y de los FRC, pero no justifica por sí misma una derivación al cirujano vascular.

Lesiones no significativas de carótida interna

Al igual que en el resto del árbol arterial, no tienen significación las estenosis de hasta un 50%. El solo hallazgo casual de estenosis menores del 50% no justifica la derivación al cirujano vascular, salvo si se describen placas ulceradas.

Obstrucción completa de carótida interna

La carótida interna sólo puede tratarse quirúrgicamente si existe un remanente de flujo a través de la estenosis, que asegura la permeabilidad de la arteria distal. En caso de oclusión completa la carótida interna se trombosa en todo su trayecto lo que contraindica cualquier intento de revascularización. Las oclusiones completas de carótida interna, por lo tanto, no son pasibles de cirugía y su hallazgo aislado merece los adecuados controles clínicos y de los FRC, pero no justifica por sí misma la consulta al cirujano vascular.

INTERPRETACIÓN DE SIGNOS CLÍNICOS

EVALUACIÓN GENERAL Y CONSIDERACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

En términos generales, las arteriopatías obstructivas o aneurismáticas se establecen en pacientes con FRC, citándose como más importantes el hábito de fumar, edad, diabetes, hipertensión e hiperlipidemias. Si bien existen excepciones, la ausencia comprobada de todos estos factores debería inducir a profundizar el examen clínico para investigar otras posibles causas antes que considerar la enfermedad aterosclerótica. Por ejemplo, en el caso de dolores en miembros inferiores en pacientes sin ninguno de los FRC mencionados, deben plantearse diagnósticos diferenciales de problemas osteoarticulares, musculares, infecciosos, neurológicos, tumorales, traumáticos o de otras causas, antes de derivar al cirujano vascular.

ERRORES HABITUALES EN EL EXAMEN CLÍNICO

Palpación de abdomen

El error más común en la palpación abdominal es no realizarla. Es lamentablemente frecuente recibir pacientes con aneurismas de gran diámetro y de fácil palpación, derivados por su hallazgo casual en un estudio por imágenes solicitado por otra causa. El simple examen semiológico hubiera permitido en estos casos la detección más temprana, con la posibilidad del tratamiento de aneurismas de menor tamaño, en pacientes con mejor estado clínico y con mayores posibilidades de buena evolución. La realización de esta sencilla maniobra semiológica debería formar parte de la rutina de cualquier médico ante pacientes mayores de 50 años con FRC. Aun cuando no se detecte el latido expansivo al examen clínico, los consensos internacionales sugieren la conveniencia de realizar una ecografía abdominal en estos pacientes. Al solicitarla es conveniente aclarar que se desea conocer el diámetro aórtico abdominal, porque en muchas ocasiones hemos visto que este dato no es informado.

Palpación de pulsos

Al igual que con la palpación abdominal, es poco frecuente que los médicos de otras especialidades tomen los pulsos periféricos y los registren con razonable precisión. Se trata de una maniobra semiológica de importancia local y general, porque la ausencia de pulsos distales, aun en pacientes asintomáticos, tiene un vínculo estadístico muy fuerte con la disminución de la expectativa de vida. A su vez, la presencia de pulsos simétricos y de amplitud normal prácticamente descarta la posibilidad de una enfermedad arterial.

La alternativa de solicitar un ecoDoppler como reemplazo no es aconsejable por las razones indicadas más arriba. La solicitud de estudios innecesarios no es inocua, porque retrasa en forma notable los tiempos de realización para los pacientes que sí lo necesitan.

Evaluación de signos periféricos de isquemia

Junto con la palpación de pulsos periféricos todos los médicos deberían tener en cuenta los signos clínicos de isquemia, como frialdad, pérdida de vello y relleno capilar y venoso lentos. Ante estos signos o la presencia de lesiones de piel de probable causa isquémica corresponde la consulta al cirujano vascular.

TRATAMIENTO MÉDICO**TRATAMIENTO VASODILATADOR**

De los tres fármacos con acción vasodilatadora de los que disponemos en nuestro país (buflomedil, pentoxifilina, cilostazol) prácticamente el único que es recetado por médicos de otras especialidades es el cilostazol. La mayoría de las veces se cometen errores de indicación o de dosis.

El error más frecuente es el de la indicación inadecuada, lo que obliga al cirujano vascular a tener que explicar al paciente que esa medicación no es necesaria en su caso. Los errores más claros son las indicaciones en cuadros varicosos, de insuficiencia venosa crónica o cuadros edematosos de origen venoso o por otras causas generales. El cilostazol, como los demás vasodilatadores, no actúa en ninguno de estos cuadros y puede tener efectos negativos.

En los casos de indicación adecuada (claudicación intermitente de causa aterosclerótica) suelen prescribirse dosis insuficientes. Salvo situaciones excepcionales la administración del cilostazol se realiza en dos tomas diarias (cada 12 horas) y la dosis es de 50 a 100 mg por toma (100 a 200 mg diarios).

Al indicar cilostazol debe tenerse en cuenta, además, que existen elementos de precaución, posibles efectos adversos y contraindicaciones. No debe administrarse cilostazol en pacientes

con insuficiencia cardíaca severa, situación clínica que no es infrecuente en pacientes con arteriopatía periférica. Además de los efectos adversos comunes a todos los vasodilatadores (rubefacción, hipotensión ortostática, mareos) con el cilostazol no son infrecuentes algunos efectos adversos gastrointestinales. El cilostazol también tiene un efecto antiagregante, lo que debe tenerse en cuenta y puede ser una contraindicación en pacientes con trastornos de la coagulación o con otra medicación antiagregante o anticoagulante. Por último, debe recordarse que este efecto antiagregante puede incrementarse por la ingesta simultánea de jugo de pomelo, por lo que se debe advertir a los pacientes que eviten su consumo mientras se mantenga el tratamiento.

ANTIAGREGANTES

La indicación de antiagregantes se justifica en los pacientes con patología vascular periférica, pero el medicamento de elección es la aspirina. Salvo casos de intolerancia o alergia, en pacientes con arteriopatía periférica no se justifica indicar clopidogrel o la asociación clopidogrel-aspirina, que resulta innecesaria y puede potenciar los efectos adversos.

PATOLOGÍA VENOSA

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Aun en las instituciones donde las especialidades Cirugía Vascular y Flebología actúan en forma independiente, los cirujanos vasculares solemos recibir consultas, en algunos casos con carácter de urgente, ante la sospecha clínica de trombosis venosa profunda. Debe tenerse en cuenta que esta patología crónica no tiene tratamiento quirúrgico, por lo que su diagnóstico, evaluación, tratamiento y control son exclusivamente clínicos. En el caso de la sospecha de una trombosis profunda aguda, la derivación a un cirujano vascular con carácter de urgente, en muchos casos enviando al paciente por sus propios medios, implica una grave responsabilidad médica. Es lamentablemente frecuente que los pacientes deambulen por pasillos de hospital o incluso que se desplacen en medios de transporte públicos durante horas, en busca del cirujano vascular o para la realización de un ecoDoppler, con la presunción diagnóstica de trombosis venosa profunda aguda. De ser cierto el diagnóstico, existe el riesgo de embolia pulmonar durante esta movilización y la responsabilidad legal recaería en el médico derivante. El diagnóstico presuntivo firme, aun cuando no se disponga de confirmación diagnóstica con ecoDoppler, obliga al reposo absoluto y a considerar el inicio de tratamiento anticoagulante, sin necesidad de requerir la opinión del cirujano vascular.

CONCLUSIONES

El objetivo de este texto no es el de disfrutar con la exposición de una lista de errores ajenos, (de los que no estamos exentos) sino de tomar conciencia de la importancia de la decisión de una interconsulta a otro especialista. Cada derivación a un especialista genera una cascada de situaciones personales y familiares que muchas veces no tenemos en cuenta. A la ansiedad por el posible diagnóstico, agravada por el tiempo de espera hasta la consulta, se agrega que en muchos casos son pacientes con dificultades de movilidad que deben ser trasladados por familiares (que deben pedir el día de trabajo para acompañarlo) o en su defecto implica el pago de medios de transporte adecuados a la situación (taxis, remis) con no poco sacrificio personal. Encontrarse después de todo ese esfuerzo y ansiedad acumulada con que la consulta no era necesaria genera mucha frustración y colabora con cierto descrédito hacia la medicina. Todos los médicos deberíamos saber que derivar un paciente a otro especialista es una decisión que debe tomarse con una adecuada base teórica y después de agotar los medios básicos de diagnóstico clínico-semiológico. Evitar molestias y angustias innecesarias en los pacientes forma parte de un concepto fundamental en medicina: lo primero es no hacer daño. ■