



FORMACIÓN CONTINUADA - METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Ecografía de los grandes vasos abdominales



A.A. Oviedo-García^{a,*}, M. Algaba-Montes^a, A. Segura-Grau^b y Á. Rodríguez-Lorenzo^c

^a MFYC, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Virgen de Valme, Sevilla, España

^b Unidad de Ecografía San Francisco de Asís, Centro de Diagnóstico Ecográfico, Madrid, España

^c Ecografía, Hospital Perpetuo Socorro, AR Ecografía, Vigo, España

Recibido el 26 de agosto de 2014; aceptado el 16 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 1 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Ecografía;
Abdomen;
Aorta abdominal;
Vena cava inferior;
Médico de familia;
Urgencias

KEYWORDS

Ultrasound;
Abdomen;
Abdominal aorta;
Inferior vena cava;
Family physicians;
Emergencies

Resumen La ecografía se ha convertido en los últimos tiempos en una herramienta indispensable para el médico de familia, tanto si ejerce en atención primaria como en urgencias; y del mismo modo se ha extendido a muchas otras especialidades: medicina interna, cuidados intensivos, neurología, neumología, digestivo, etc., ya que los ultrasonidos han demostrado ser una herramienta segura y tener gran capacidad diagnóstica. Nosotros creemos firmemente que la ecografía realizada a «pie de cama» del paciente, realizada por el médico de familia, puede complementar en gran medida la exploración física y mejorar sobremedida la eficacia del clínico, permitiendo al explorador una visión inmediata a la anatomía y fisiología de determinadas estructuras. Es dentro de este contexto donde cobra especial relevancia el estudio ecográfico de la aorta y de los grandes vasos abdominales, realizado por el propio médico de familia o de urgencias, que vamos a desarrollar a lo largo de este artículo.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ultrasound of the large abdominal vessels

Abstract Ultrasound has recently become an indispensable tool for the family physician, whether exercised in primary care and emergency department; and likewise it has spread to many other specialties: internal medicine, critical care, neurology, pneumology, digestive, etc. and that ultrasound has proven to be a safe diagnostic tool and have great capacity. We firmly believe that ultrasound done to «bedside» the patient by the family doctor, can greatly complement the physical examination and greatly improve clinical effectiveness, allowing the browser an immediate view of the anatomy and physiology of certain structures. It is within this context

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertoag1972@hotmail.com (A.A. Oviedo-García).

is particularly relevant ultrasonography of the Aorta and large abdominal vessels, made by the family doctor or the emergency itself, which will develop along this chapter.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La ecografía ha pasado a ser una herramienta indispensable para el médico de familia (MF), tanto si desarrolla su actividad profesional en atención primaria como en urgencias¹, ya que nos permite disminuir los errores diagnósticos², mejorar los tiempos de espera de los usuarios, ahorrar tiempo en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos³, reducir el número de radiaciones ionizantes que reciben nuestros pacientes⁴ y, en definitiva, ser más eficientes en nuestro trabajo a la vez que incrementamos el grado de satisfacción de nuestros usuarios⁵.

Por otro lado, hay que tener siempre en mente que el uso de la ecografía no es infalible, incluso puede ser perjudicial para el proceso diagnóstico si damos importancia a hallazgos intrascendentes o erróneos. Como con cualquier técnica, gran parte de estos problemas vienen derivados de un entrenamiento insuficiente sumado a una falta de experiencia. El gran beneficio para el paciente se produce cuando se realiza una meditada y conjunta evaluación de la historia clínica, exploración y pruebas complementarias, teniendo en cuenta que la ecografía no deja de ser una prueba más⁶. A nuestro entender, la principal limitación de la ecografía es ser muy operador dependiente, pero este problema se soluciona con entrenamiento y experiencia, y por ello muchas sociedades científicas, entre las que destaca el Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN, ofrecen cursos acreditados, con distintos niveles de capacitación, para que sus socios puedan progresar en el manejo de los ultrasonidos de forma progresiva y supervisados por compañeros con más experiencia.

Antes de iniciar el estudio debemos saber que el paciente debe acudir en ayuno de al menos 7 h, para evitar así el gas intestinal y los cambios que se producen en algunos órganos abdominales, como la contracción de la vesícula biliar o el hiperaflujo de sangre al sistema portal. Lo primero que tenemos que hacer es situar al paciente correctamente en decúbito supino y despejar bien el abdomen para tener un campo de exploración amplio, tanto en la cara anterior del abdomen como por los flancos.

Aorta abdominal y sus ramas

La aorta penetra en la cavidad abdominal a través del hiato aórtico del diafragma, inmediatamente anterior a la duodécima vértebra torácica y desciende anterior y ligeramente a la izquierda a los cuerpos vertebrales. Para su estudio, usando una sonda convex⁷ de baja frecuencia (3,5-5 MHz), realizamos inicialmente un corte longitudinal paramedial

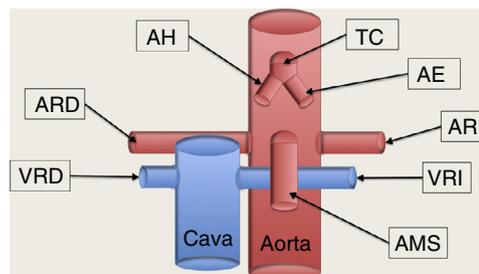


Figura 1 Esquema de los grandes vasos abdominales. TC: tronco celiaco, la primera rama de la aorta abdominal, que al poco de su nacimiento se bifurca en la arteria hepática (AH) que discurre hacia la derecha del paciente, y la arteria esplénica (AE), que se dirige a la izquierda, en dirección al bazo. La segunda rama de la aorta abdominal es la arteria mesentérica superior (AMS), que al poco de nacer se dirige caudalmente paralela a la aorta, formando un espacio entre ellas, la llamada pinza aorto-mesentérica, por donde discurre transversalmente la vena renal izquierda (VRI) en su recorrido hacia la cava inferior. Las arterias renales nacen de la cara lateral de la aorta; la arteria renal derecha (ARD) se dirige hacia el riñón derecho pasando por detrás de la cava, mientras que la arteria renal izquierda (ARI) se dirige al riñón izquierdo directamente. La VRI aboca la cara lateral de la vena cava inferior, previamente ha pasado por la pinza aorto-mesentérica en su camino procedente del riñón izquierdo; y la vena renal derecha (VRD) viene del riñón correspondiente abocando en la cara lateral derecha de la cava directamente.

izquierdo⁸, es decir, situaremos la sonda ligeramente a la izquierda de la línea media abdominal del paciente, con la marca que indica la dirección de barrido dirigida a nivel craneal, y visualizaremos el lóbulo hepático izquierdo como una estructura triangular y homogénea de bordes bien delimitados (figs. 1 y 2A). Un poco más caudal y posterior se puede observar una zona más isoecogénica, o algo más ecogénica que el hígado, que corresponde al páncreas, generalmente con una zona anecogénica posterior que es la vena esplénica. Pegado a esta, y más posterior, delimitamos una estructura anecogénica, tubular, pulsátil, rectilínea, que se sitúa sobre los cuerpos vertebrales: se trata de la aorta en su recorrido abdominal, en la que se puede observar, saliendo de su cara anterior, una primera rama que corresponde al tronco celiaco y una segunda rama que discurre paralela a la aorta, en sentido caudal, que es la arteria mesentérica superior^{9,10} (figs. 1 y 2A).

La aorta presenta un calibre de unos 20 mm de eje anteroposterior a nivel del diafragma, y va disminuyendo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3834451>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3834451>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)