

MONOGRÁFICO

## Intervencionismo básico en abdomen



R. Calero García<sup>a</sup> y M.I. Garcia-Hidalgo Alonso<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

Recibido el 19 de noviembre de 2015; aceptado el 28 de marzo de 2016  
Disponible en Internet el 29 de abril de 2016

### PALABRAS CLAVE

Biopsia guiada por imagen;  
Drenaje;  
Nefrostomía percutánea;  
Colecistostomía

### KEYWORDS

Imaging-guided biopsy;  
Drainage;  
Percutaneous nephrostomy;  
Cholecystostomy

**Resumen** En este artículo se exponen las diferentes técnicas básicas de intervencionismo no vascular en el abdomen con las cuales todo radiólogo general debería estar familiarizado. Para ello se describen las indicaciones y las vías de abordaje de los diferentes procedimientos: punciones, biopsias, drenajes de colecciones, colecistostomías y nefrostomías. Además, se valoran las ventajas y los inconvenientes de las diferentes técnicas de imagen para el guiado: ecografía, tomografía computarizada y fluoroscopia; así como las posibles complicaciones de los procedimientos descritos. Además, se pone de manifiesto la importancia del seguimiento clínico del paciente y de los cuidados de los catéteres.

© 2016 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Basic interventional radiology in the abdomen

**Abstract** This article describes the different basic nonvascular interventional techniques in the abdomen that all general radiologists should be familiar with. It explains the indications and approaches for the different procedures (punctures, biopsies, drainage of collections, cholecystostomies, and nephrostomies). It also discusses the advantages and disadvantages of the different imaging techniques that can be used to guide these procedures (ultrasound, CT, and fluoroscopy) as well as the possible complications that can develop from each procedure. Finally, it shows the importance of following up patients clinically and of taking care of catheters.

© 2016 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mabelgha@gmail.com](mailto:mabelgha@gmail.com) (M.I. Garcia-Hidalgo Alonso).

## Introducción

La radiología intervencionista comprende una amplia variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos mínimamente invasivos guiados por la imagen. En este capítulo se exponen técnicas intervencionistas no vasculares guiadas por métodos de imagen, como son la toma de muestras para diagnóstico (anatomía patológica, microbiología, bioquímica), la colocación de drenajes, la nefrostomía y la colecistostomía, que podrían ser realizadas por radiólogos generales. Otros procedimientos intervencionistas no vasculares, como son los tratamientos de ablación de tumores, quedan fuera del ámbito de este artículo.

Estas técnicas comparten aspectos comunes, como rutas de acceso y posibles contraindicaciones y complicaciones en función de la localización de las lesiones.

## Evaluación antes del procedimiento

### Indicación

Antes de realizar cualquiera de los procedimientos que aquí se describen hay que valorar su correcta indicación, considerando que el riesgo del mismo sea asumible en función de la información o del resultado terapéutico que esperamos obtener<sup>1</sup>. Para ello se revisan detalladamente la historia clínica del paciente y las pruebas de imagen previas de las que se disponga (ecografía, tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM] o tomografía por emisión de positrones [PET-TC]). Esto permite determinar la ruta más segura de acceso y la técnica de imagen con la cual guiarse<sup>1</sup>, dependiendo de la posible naturaleza de la lesión, su localización y las relaciones con otras estructuras. Para los procedimientos diagnósticos se valora si es posible tipificar la lesión basándose en la imagen, sin necesidad de biopsia, y cuál es la lesión más favorable para la punción en caso de que sean múltiples. Se delimitan las zonas más rentables para obtener la muestra dentro de la propia lesión, pudiendo diferenciar áreas necróticas, y en el caso de la RM-difusión se determinan las que presentan mayor densidad celular<sup>2</sup>. Con la PET-TC se toman las muestras de las zonas con mayor actividad metabólica, minimizando el error de biopsiar áreas con necrosis o fibrosis, que muestran menor o nula captación de 18-fluorodesoxiglucosa (FDG) y que son frecuentes en neoplasias de gran tamaño. No obstante, hay que tener en cuenta que la captación no es específica de las neoplasias y que algunas de estas muestran escaso realce con FDG<sup>3</sup>.

### Estado de coagulación

La complicación más temida es la hemorragia, por lo que hay que comprobar el estado de coagulación del paciente y los posibles factores de riesgo, como insuficiencia renal o enfermedad neoplásica<sup>4</sup>. Hay controversia en la literatura, y muchos centros tienen sus propios protocolos basados en su experiencia con las complicaciones<sup>5</sup>. La diversidad de procedimientos contribuye a la falta de uniformidad en el manejo de la coagulación, y hay que tener en cuenta el órgano diana, el calibre del dispositivo y la comorbilidad del paciente. En

general, se considera que las biopsias de órganos sólidos abdominales, el drenaje de colecciones y la colecistostomía tienen riesgo moderado de sangrado. La biopsia renal y la nefrostomía se consideran procedimientos con mayor riesgo<sup>6</sup>.

Los límites de corte propuestos serían: *International Normalized Ratio* (INR) <1,6, tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) <25-35 segundos, y plaquetas > 50.000/ $\mu$ l. El tratamiento anticoagulante o antiagregante debe suspenderse durante un tiempo variable en función del fármaco en concreto y del riesgo de sangrado del procedimiento. En situaciones urgentes o cuando la suspensión del tratamiento pueda tener consecuencias graves para el paciente (coronariopatía, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica) pueden excederse dichos límites, asumiendo cierto aumento del riesgo de sangrado, de acuerdo con el paciente y el médico de referencia<sup>1,5,7,8</sup>. El ácido acetilsalicílico sólo necesita ser retirado en intervenciones sobre el riñón<sup>6,8</sup>. Atwell et al.<sup>9</sup> no encontraron un aumento significativo del índice de sangrado en una serie de 15.181 biopsias percutáneas de distintos órganos.

Se aceptan los resultados obtenidos hasta 3 meses antes<sup>5</sup>, salvo en pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante o con riesgo de diátesis hemorrágica (alteraciones conocidas de la coagulación, tratamiento quimioterápico, hepatopatía, nefropatía, síndromes de malabsorción, malnutrición).

Las alteraciones del INR o la trombocitopenia pueden corregirse con transfusión de plasma o de plaquetas, respectivamente, pero el uso de transfusiones no está exento de complicaciones, por lo que debe ser individualizado<sup>1,4,7</sup>.

La hipertensión arterial es otro factor de riesgo de hemorragia, fundamentalmente en el intervencionismo sobre el riñón, pero no tanto cuando se actúa sobre otros órganos<sup>10,11</sup>.

### Consentimiento informado

Es necesario que el paciente otorgue y firme su consentimiento tras ser debidamente informado de manera individualizada, precisa y comprensible, sobre la indicación, los beneficios que se esperan obtener, la técnica y las posibles alternativas y complicaciones, y aclaradas las posibles dudas que plantee. La información debería ser ofrecida por el médico que realizará la prueba<sup>5,12</sup>. La Sección de Radiología Vasculare Intervencionista (SERVEI), englobada en la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), proporciona modelos de estos consentimientos para diversos procedimientos, que están disponibles en su página web ([www.seram.es](http://www.seram.es))<sup>13</sup>.

### Técnicas de imagen

No hay una única técnica que sea la idónea de forma generalizada. Las más empleadas son la ecografía y la TC; en menor medida la fluoroscopia, salvo para la nefrostomía; y excepcionalmente la RM, que tiene como inconvenientes su alto coste, el largo tiempo de exploración y la necesidad de material compatible<sup>1</sup>. Debe seleccionarse el método adecuado para cada caso. Si la lesión es identificable y accesible tanto por ecografía como por TC, la elección depende de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245145>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245145>

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