

Comentario por invitación. Las ventajas de la endarterectomía, como técnica de revascularización en la patología oclusiva aortoilíaca (AOIL), fueron ampliamente argumentadas durante las décadas de 1980-1990, pero ignoradas con la eclosión y acreditación de los *bypass* protésicos, y, más tarde, por los procedimientos endoluminales.

La consecuencia ha sido el abandono progresivo de su práctica, en detrimento de las nuevas generaciones, que no han tenido la oportunidad de aprender la técnica, ni adquirir un cierto grado de experiencia.

Pero sorprende que en la primera década del milenio en curso, se observe la aparición de trabajos que claman por la pérdida de la endarterectomía como arte, que aportan revisiones de varias series con aceptables resultados a largo plazo [1,2] y comparables a los de los procedimientos endoluminales [6].

En este contexto, me gustaría comentar brevemente el trabajo titulado 'Endarterectomía ilíaca: una técnica en peligro de extinción', al que recientemente he tenido acceso, que incluye la revisión de una serie de 112 procedimientos en 101 pacientes, con un minucioso seguimiento medio de $87,2 \pm 61,1$ meses. Distribuidos los pacientes en dos grupos según la técnica realizada, retrógrada o abierta, concretan la descripción de algunos aspectos técnicos de ambas variantes, sin duda útiles para los no habituados a la endarterectomía.

En primer lugar, a partir de una experiencia continuada de más de tres décadas [4], me gustaría completar ciertos aspectos técnicos de la endarterectomía iliofemoral descritos en el trabajo. Es importante evitar que las lesiones del *ostium* de la ilíaca primitiva, que a menudo se prolongan y cabalgan sobre la bifurcación aórtica, queden despegadas al hacer la desobstrucción, para evitar una oclusión contralateral, mediante la aplicación cuidadosa de un *clamp* en el inicio de la primitiva o, como se recomienda en el trabajo, la colocación de un balón.

También es importante asegurar la desobstrucción de los inicios de la hipogástrica, por la impor-

tancia de esta vía de suplencia y porque a partir del habitual colgajo intimal de su *ostium* se puede ocasionar una reoclusión de la primitiva. Al igual que los autores del trabajo, no somos partidarios de disecar el trayecto de la externa, para conservar las estructuras periadventiciales que favorecen la permeabilidad tardía. Su desobstrucción se consigue con una arteriotomía longitudinal en la femoral común, progresando 'a ciegas', pero con control manual, los anillos en sentido anterógrado.

En definitiva, hemos aprendido que el éxito de la endarterectomía exige escoger un plano de clivaje correcto y un control estricto de la íntima distal. Un plano de clivaje subintimal, habitual base del ateroma, es posiblemente lo más fácil, pero nosotros preferimos un plano más externo, a la altura de la limitante externa de la media, donde se unen las fibras longitudinales y circulares de la pared, con lo que se evita dejar restos lesionales, posibles responsables de una oclusión precoz.

Finalmente, el control estricto de la íntima distal, mediante el *overpass* de Dos Santos y los puntos de fijación de Kunlin, es la regla de oro del procedimiento para asegurar la permeabilidad precoz y a medio plazo. Y en los casos frecuentes de patología asociada femoropoplítea o distal, nos parece obligado asociar una profundoplastia, prolongando la arteriotomía femoral hasta los inicios de aquélla y cierre sistemático con un *patch* venoso autógeno.

Habitualmente, no practicamos la heparinización sistémica que recomiendan los autores: la preferimos locorregional, más fácil de controlar si se tiene en cuenta la amplitud del abordaje retroperitoneal necesario para una extensa endarterectomía del eje iliofemoral.

Continuando con los comentarios al trabajo de referencia, encontramos a faltar una mayor concreción sobre las indicaciones clínicas y lesionales del procedimiento. Circunscribir aquéllas a la claudicación y/o isquemia crítica nos parece insuficiente. Sería preferible recurrir a los conocidos estadios clínicos IIa, IIb,

III y IV habituales [3], que darían un valor más real y fiable a los resultados tardíos.

En especial, nos parece muy simple la indicación lesional siguiendo la clasificación TASC II, tan en boga últimamente. Personalmente, no comparto la limitación que supone atribuir la indicación tan genérica a las lesiones A, B, C y D, más acorde con las necesidades de la asistencia primaria y/o de nivel generalista [5], sin especificar la extensión, multiplicidad y/o bilateralidad de las estenosis y/o oclusiones que se deben corregir.

Por otro lado, lo más trascendente del trabajo son las cifras que mencionan los resultados a medio y largo plazo, y su minucioso manejo bioestadístico, que deberían ser el mejor argumento para contestar de forma negativa la cuestión que los autores apuntan en el título sobre la posible obsolescencia de la endarterectomía. Pendiente de cualificar el manejo de las reintervenciones (6 precoces y 18 tardías, para corregir 10 y 11 reoclusiones respectivamente), cabe destacar lo aceptable de las cifras de permeabilidad primaria, asistida y secundaria en un seguimiento medio de 87,2 meses, con una desviación estándar del 61%, absolutamente comparables a las de otros autores [2,4], y, muy especialmente, con las cifras aportadas en la actualidad en las series con procedimientos endoluminales [6-8].

Finalmente, nos preguntamos los motivos por los que los autores no han aprovechado la ocasión para comparar esta serie con su propia experiencia, que seguramente tienen, en pacientes tratados con técnicas endoluminales.

J.M. Capdevila-Mirabet

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.

Bibliografía

1. Mellièrè D, Desgranges P, Warnier de Wailly G, Roudot-Thoraval F, Allaire E, Becquemín JP. Extensive unilateral iliofe-

moral occlusions: durability of four techniques of arterial reconstructions. *Vascular* 2004; 12: 285-92.

2. Álvarez-Fernández JD, Rodríguez-Olay JJ, Cambolor-Santervás. Endarterectomía. In SEACV, eds. Tratado de las enfermedades vasculares. Barcelona: Viguera; 2006. p. 541-8.
3. Capdevila JM, Lemos AN, Ranaño J, Barjau E. Endarterectomie ilio-fémorale. In Kieffer E, ed. Les lésions occlusives tardives chroniques. Paris: AERCV; 1992. p. 157-69.
4. Capdevila JM, López JA, Ranaño J, Abos R. Resultats tardives de l'endarterectomie aorto-iliaque. In Branchereau A, Jacobs M, eds. Resultats a long terme des reconstructions artérielles. New York: Futura Media Services; 1997. p. 113-9.
5. Pedrini L. Considerations about TASC II, is it a suitable document for specialists? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34: 405.
6. AbuRahma AF, Hayes J, Flaherty S, Peery W. Primary iliac stenting versus transluminal angioplasty with selective stenting. *J Vasc Surg* 2007; 46: 965-70.
7. Leville CD, Kashyap V, Clair D, Bena J, Lyden S, Greenberg R, et al. Endovascular management of iliac artery occlusions: extending treatment to TASC C and D. patients. *J Vasc Surg* 2006; 43: 32-9.
8. Björse K, Ivancev K, Riva L, Manjer J, Uher P, Resch T. Kissing stents in the aortic bifurcations-e valid reconstruction for aortoiliac occlusive disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 36: 424-31.

Respuesta de los autores. Es muy importante para nosotros saber de la existencia de otros grupos que preconizan y abogan por la cirugía vascular abierta, ya que, en los últimos años, se ha visto en detrimento debido al importante auge que han experimentado los procedimientos endovasculares. Todo esto ha provocado que hoy en día haya cada vez menos adjuntos que puedan realizar endarterectomías (TEA) del sector ilíaco con garantías. Esta situación inevitablemente repercute directamente en la formación de los residentes, ya que puede ocurrir que en todo su período de formación no sólo no realicen sino no presencien una TEA del sector ilíaco. Todo esto sitúa a esta técnica en una situación crítica en real peligro de extinción.

En lo que respecta a la técnica quirúrgica, estamos completamente de acuerdo con lo expuesto por el comentarista; nos ha faltado describir exhaustivamente la técnica que realizamos habitualmente, pues pensábamos que los lectores la conocían.