

La Coruña, 28-31 de mayo de 2003

Introducción

J. Porto-Rodríguez

La patología aterosclerótica del sector femoropoplíteo distal es la forma de presentación más frecuente de la enfermedad aterotrombótica de los miembros inferiores. El diagnóstico y tratamiento de sus dos formas clínicas de presentación –la claudicación intermitente y la isquemia crítica– supone uno de los caballos de batalla en el día a día de la Angiología y la Cirugía Vascular.

Durante las últimas décadas se ha desarrollado una clara tendencia hacia el tratamiento conservador de pacientes portadores de claudicación intermitente secundaria a patología aterosclerótica infrainguinal. Los mediocres resultados de la revascularización quirúrgica, el bajo riesgo de pérdida de extremidad y la progresiva apreciación de la importante morbimortalidad cardiovascular de estos enfermos han enfocado el manejo de estos pacientes hacia medidas farmacológicas y de ejercicio físico, y hacia la modificación y control farmacológico de los factores de riesgo vascular. La percepción de la cirugía endovascular (CEV) como una técnica mínimamente invasiva, de bajo riesgo, económica, de

última tecnología y de inmediato beneficio, la coloca como una opción muy atractiva, sobre todo para pacientes que no desean modificar su estilo de vida. Por desgracia, en enfermos claudicantes, la CEV puede presentar otras lecturas: utilizable en una minoría de casos por limitaciones anatómicas, morbilidad no desdeñable, irregularidad en el control de síntomas, apreciable tasa de oclusión, coste elevado en comparación con el tratamiento conservador y no reducción (de hecho podría aumentar) del riesgo cardiovascular.

Se acepta, en general, que los pacientes portadores de isquemia crítica precisan de técnicas de revascularización para intentar evitar o diferir la pérdida de extremidad. La utilidad de la CEV en pacientes portadores de isquemia crítica se ha visto muy limitada debido a la anatomía lesional, las oclusiones largas difícilmente tratables con técnicas intraluminales, y los malos resultados a corto plazo, incluso con el adyuvante de *stents* y endoprótesis. La posición de la angioplastia subintimal en el manejo endovascular de oclusiones largas sigue pendiente de definición.

Correspondencia:
Dr. José Porto Rodríguez,
Servicio de Angiología y
Cirugía Vascular, Hospital
Universitario 12 de Octubre,
Ctra. Andalucía, km 5,4,
E-28041 Madrid. E-mail:
jportocv@yahoo.es
© 2003, ANGIOLOGÍA

Se necesitan estudios multicéntricos prospectivos aleatorizados bien diseñados que comparen la cirugía endovascular frente al tratamiento conservador en la claudicación, y la cirugía endovascular frente a la convencional en la isquemia crítica; estudios que aporten datos sólidos acerca de permeabilidad, beneficio clínico y hemodinámico, salvación de extremidad, calidad de vida y análisis de costo, y que disminuyan la incertidumbre en la toma de decisiones terapéuticas sobre estos pacientes.

En tal estado de cosas, la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular ha seleccionado la 'Cirugía endovascular del sector femoropoplíteo distal'

como tema de la mesa redonda del congreso nacional de este año. Las limitaciones propias de una mesa redonda hacen imposible incluir en ella muchos de los aspectos importantes del tema objeto de debate; por ello, se ha pretendido enriquecer y completar su contenido con la publicación, en la revista *Angiología*, de este número monográfico que recoge las experiencias y actualizaciones de distintas unidades y servicios médicos sobre aspectos concretos del tema de la mesa redonda.

Espero que el brillante esfuerzo de los autores ayude a clarificar algunas de las controversias y zonas de sombra que dominan la toma de decisiones en este sector.