

COMENTARIOS

REFLEXIONES SOBRE LA CIRUGIA ARTERIAL DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTERIOPATIAS CRONICAS.

Dr. E. Sala Planell. Director de l'Unitat d'Angiologia y Cirugia Vascular.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau - Barcelona. España.

El tema de deterioración de resultados del tratamiento quirúrgico de las arteriopatías crónicas aparecen en la mayoría de Congresos. ¿Por qué?. Pues por que los que tenemos un Servicio hospitalario de más de 10 años de existencia vemos cómo nuestras camas son ocupadas, con incidencia cada vez mayor, por pacientes afectos de esquemias secundarias a complicaciones tardías de la cirugía arterial directa y/o evolución natural de la enfermedad arteriosclerosa. Son casos graves y dramáticos que ponen a prueba la capacidad técnica y de organización de los Servicios para, en un nuevo intento, impedir la amputación.

El impacto individual de estos casos nos producen «altibajos» en nuestro estado de ánimo, porque comprobamos en nuestras reintervenciones que la causa de la trombosis no siempre es debida a la evolución de la enfermedad sino que influye en mayor o menor grado el método terapéutico empleado.

Esto nos lleva a profundas reflexiones sobre el tratamiento del paciente arterioescleroso y su posible rentabilidad.

La mayoría de los enfermos presentan lesiones multifocales y la isquemia no está en relación directa con este dato.

La aparición de una claudicación intermitente implica el riesgo de que se asocien arteriopatías coronarias en el 25—75% y cerebral en el 25—40%.

La evolución clínica natural de una claudicación intermitente es: 1/3 estacionario, 1/3 progresivo, 1/3 agudo.

Esta evolución natural no es previsible, porque depende de los factores de riesgo de difícil valoración y el cirujano vascular conoce mal los factores pronósticos evolutivos.

La mortalidad en la evolución natural de la enfermedad es el doble de la de la población normal y el triple de la de los enfermos más jóvenes. Por ejemplo, un enfermo aorto-ilíaco de 55 años tiene el promedio de supervivencia de la población normal de 67 años.

El cirujano vascular tiene objetivos muy concretos: a) disminuir la mortalidad de la evolución natural. b) evitar o demorar la amputación. c) mejorar la calidad de vida.

Con el tratamiento quirúrgico el cirujano vascular busca cumplir los objetivos y al mismo tiempo disminuir la mortalidad y morbilidad del tratamiento a corto y largo plazo, es decir, busca rentabilidad del acto quirúrgico.

Todas las estadísticas sobre resultados de las revascularizaciones arteriales intentan demostrar la validez de estos objetivos. Desde 1963, en que leí el magnífico trabajo de **Humphries** que demostraba la diferencia de mortalidad y amputación entre operados y no operados, tenemos múltiples aportaciones que demuestran los incesantes progresos de la Cirugía Vascular para cumplir los objetivos señalados anteriormente.

Pero, las consecuencias locales, generales y severas, según expresión de **Widmer**, de la evolución natural de la enfermedad, tanto en los operados como en los no operados, y las complicaciones precoces y tardías de la cirugía arterial originan un estado de ánimo que obliga a la reflexión sobre variados aspectos del problema.

1.— La enfermedad arterioesclerosa es médica, tanto en sus fases iniciales como evolutivas.

2.— La Cirugía Vascular tiene los objetivos concretos señalados anteriormente, en general paliativos. Si la mortalidad operatoria es elevada durante los primeros 5 años la diferencia de supervivencia entre operados y población normal es exígua.

3.— Esta mortalidad tardía es mayormente por accidente vascular cerebral o infarto.

4.— Se nos plantean serias reflexiones sobre la necesidad de rigurosa selección de los pacientes si queremos lograr elevados niveles de eficacia de la Cirugía Vascular.

5.— Pensar sobre la necesidad de ponerse de acuerdo sobre parámetros anatómo-clínicos del «Limb-salvage»; a veces intuyó que este término puede servir de excusa para actitudes demasiado intervencionistas.

6.— Los grados III y IV de la clasificación de **Leriche** y **Fontaine** deben servir para entendernos, pero no para decidir una intervención, ya que un dolor en reposo o «necrosis» puede ser debido a isquemias locales o más extensas.

7.— Debemos preguntarnos si la claudicación intermitente es realmente invalidante para la actividad que realiza el paciente. ¿Se ha explicado al paciente que claudicación no quiere decir amputación precoz?

8.— ¿Por qué se operan claudicaciones intermitentes en los primeros seis meses de evolución?, ¿por qué no se orienta mejor a los enfermos afectos de claudicación por médicos, psicólogos y asistentes sociales?

9.— ¿Participamos en nuestra medida en campañas profilácticas para reducir los factores de riesgo para mejorar la expectación y calidad de vida?.

10.— ¿Transmitimos nuestras reflexiones y prudencia a las generaciones de cirujanos jóvenes, ávidos de estadística?.

11.— ¿Poseen todos los Servicios de Cirugía Vascular de Departamentos de Diagnóstico no invasivo y angiográfico para seguimiento de estos pacientes?, ¿dominan todas las posibilidades del tratamiento médico para mejorar al máximo los resultados?.

Todas estas reflexiones o preguntas se las hace un cirujano vascular que empezó la cirugía arterial directa en 1957 que tiene extensas estadísticas y cree en la cirugía arterial directa.