

Extractos

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS RECURRENTE TRAS ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA. Factores, pronóstico e indicaciones (Transluminal angioplasty for recurrent stenosis after carotid endarterectomy).— **P. Bergeron, Ph. Rudondy, H. Benichou, G. Rayband, R. Pellati, T. Guennaoui, R. Courbier.** «International Angiology», vol. 12, n.º 3, pág. 258; sept. 1993.

Durante un período de 15 meses, finalizando en julio de 1992, 9 pacientes (7 hombres y 2 mujeres; edad media de 67 años) con estenosis recurrente de la arteria carótida interna, fueron sometidos a una angioplastia transluminal (ATL). El intervalo medio entre la endarterectomía y el tratamiento de la estenosis recurrente fue de 45 meses (rango 9 a 84 meses). Todos los pacientes presentaban sintomatología, excepto uno con displasia carotídea bilateral extensa. Tres pacientes presentaban recurrencias proximales al segmento endarterectomizado (Grupo I); en uno de ellos la estenosis era extenso. Los otros 6 pacientes (Grupo II) mostraban estenosis distales. En uno de estos últimos pacientes la estenosis se había producido en un «bypass» venoso.

En tres pacientes se practicó una dilatación por balón, vía quirúrgica, mientras que en los otros 6 se realizó vía percutánea. En todas las intervenciones se utilizó una monitorización perioperatoria Doppler transcraneal (DTC). El tratamiento

postoperatorio consistió en la administración de Ticlopidina vía oral.

En el Grupo I (recurrencias proximales) se produjeron como complicaciones inmediatas: un caso de espasmo reversible y dos disecciones que condujeron a una trombosis aguda (tratada de forma urgente mediante «bypass») y a un embolismo de la arteria silviana complicado con una hemiplejía transitoria. En el Grupo II (recurrencias distales) no se observaron disecciones y sólo se registró un caso de manifestaciones neurológicas transitorias debidas a un edema cerebral consecuencia de la reperfusión.

El intervalo medio de seguimiento fue de 18 meses (rango: 9 a 24 meses). Todos los pacientes están en la actualidad asintomáticos. En el Grupo II, 2 pacientes presentaron recurrencias secundarias a los 6 meses, siendo tratados de nuevo mediante angioplastia. En uno de estos casos se insertó un «Stent» de Palmaz para prevenir una reestenosis por colapsamiento elástico. La angiografía a los 15 meses y la ecografía a los 18 meses practicadas a este último paciente demostraron una ausencia de signos de estenosis hiperplásica del «stent».

En conclusión, la ATL ofrece una alternativa eficaz a la cirugía en casos muy seleccionados de estenosis recurrente tras endarterectomía carotídea. La lesión más manejable mediante ATL parece ser una recurrencia hiperplásica o fibrótica localizada en la arteria distal. La estenosis proximal, especialmente si es extensa, puede estar asociada a un

elevado riesgo de disección y sus consiguientes complicaciones neurológicas.

Conclusiones

La técnica de ATL es una alternativa a la cirugía para el tratamiento de las estenosis distales recurrentes después de una endarterectomía con un potencial tromboembólico mínimo. Sin embargo, a causa del riesgo de recurrencias locales, debe procederse periódicamente a un estudio ultrasonográfico tras la intervención. En el caso de estenosis proximales, la ATL parece asociarse a un elevado riesgo de disección (67%), lo cual la hace poco indicada por el momento para una terapia endoluminal. Un implante de «stent» como tratamiento primario podría prevenir este problema y reducir las reestenosis secundarias.

PAPEL DE LA TERAPIA ENDOVASCULAR EN LA REVASCULARIZACIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (The role of endovascular therapy in lower extremity revascularization).— **Frank J. Criado, Luis A. Queral, Peggy Patten, Wilmer Valentin.** «International Angiology», vol. 12, n.º 2, pág. 221; sept. 1993.

La aparición de la terapia endovascular percutánea ha supuesto una importante modalidad terapéutica en el tratamiento de la isquemia de las extremidades inferiores. El papel de esta técnica es relativamente pequeño por el momento pero bien

definido. La angioplastia mediante balón sigue siendo la más útil y versátil de todas las intervenciones mediante catéter. Las lesiones de la arteria ilíaca común, cuando producen acortamiento y estenosis, son preferentemente tratadas mediante angioplastia. El tratamiento vía percutánea de las lesiones femoropoplíteas es menos satisfactorio si bien es aplicable en una pequeña serie de pacientes con lesiones favorables. Las técnicas de «stents» intravascular y trombolisis representan los más importantes avances en este campo. Raramente extremidades críticamente isquémicas son susceptibles de ser tratadas mediante recanalización endovascular. La subespecialidad de terapia endovascular debería ser tenida más en cuenta por los cirujanos vasculares. La tecnología endoscópica se dirige hacia una profundización en las actuales estrategias y técnicas para el tratamiento de las enfermedades vasculares.

Conclusión

Parece sensato concluir que la terapia endovascular posee actualmente un pequeño pero bien definido rol en el contexto del tratamiento de las lesiones arteriales oclusivas de la extremidad inferior. Según nuestras últimas experiencias, las intervenciones transluminales son aplicables en menos de un 20% de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico por su isquemia de la extremidad inferior. La controversia en torno a la eficacia y la apropiada utilización de las técnicas endovasculares no parece que vaya a ver su

fin pronto. El «fiasco» del laser de punta caliente en la década de los 80, cuando la mayoría de los descubrimientos eran conseguidos por la industria, sirvió para enfatizar el papel de la revolución tecnológica endovascular. Ahora estamos entrando en una era en la cual el entusiasmo por intervenir está siendo retenido por un cuestionamiento más consciente y racional acerca de la eficacia clínica y la efectividad global. De hecho, en nuestra Unidad Endovascular, hemos vuelto casi completamente hacia el POBA (Plain Old Balloon Angioplasty) en la gran mayoría de nuestras intervenciones actuales. Los diseños de catéteres más perfeccionados permiten a los cirujanos actuales practicar la mayoría de intervenciones mediante catéteres de calibre 6F o incluso menores. Sería difícil justificar la utilización de calibres mayores solamente con el propósito de introducir una nueva generación de instrumental de eficacia cuestionable.

Incluso se pueden realizar «stents» intravasculares, tanto en el segmento ilíaco como en el femoropoplíteo, mediante un calibre 7F. Junto con la angioplastia por balón y el «stenting», la terapia lítica completa la trilogía de modalidades terapéuticas que representan las mejores y más útiles aplicaciones de la tecnología endovascular del momento.

La claudicación severa se está reservando cada vez más al tratamiento invasivo. El mapa del flujo arterial de la extremidad inferior obtenido mediante Duplex Color, sin angiografía, es a menudo suficientemente

preciso para determinar si las lesiones subyacentes son susceptibles de ser tratadas mediante terapia percutánea. Es necesario informar claramente a los pacientes acerca de las cifras de éxitos, probabilidades de restenosis y de fallos clínicos, así como de la evolución natural de su proceso. La mayoría de los pacientes deberían pasar por un período de modificación de los factores de riesgo, si se pudiera aplicar, así como un programa de ejercicios antes de decidir la oportunidad de practicar una intervención quirúrgica. En la otra parte del espectro, la mayoría de los pacientes que se presentan con isquemia severa de la extremidad raramente son candidatos a alguna terapia no-quirúrgica. En la mayoría de estos pacientes un «bypass» venoso distal puede salvar la extremidad.

La importancia de los actuales avances en la tecnología endovascular son tales que es imposible que los cirujanos vasculares los ignoren. Parece inevitable que muchos de los trastornos vasculares de los que se hallaban bajo dominio de la cirugía vascular serán tratados en un futuro mediante cateterismo. Un ejemplo lo tenemos en la reparación endoluminal de los aneurismas aórticos.

Se ha dicho que «en cirugía vascular se han producido cambios positivos sin que algún hombre sabio y bueno se haya opuesto. Nos incumbe a nosotros, los cirujanos vasculares actuales, evitar repetir los fallos del pasado y prepararnos para continuar siendo los principales protagonistas en el tratamiento de las patologías vasculares.