

Cirugía endovascular del sector aortoiliaco

Introducción

V. Fernández-Valenzuela

A partir de los años 60, Dotter introduce, por primera vez, el concepto de procedimiento endoluminal. Este hecho favorece toda una filosofía de tratamiento sobre la lesión arterial que, con el desarrollo de las vías de abordaje endoluminales y los avances tecnológicos en el tipo de material, ha revolucionado el panorama del tratamiento vascular. Su carta de presentación muestra unas ventajas sustanciales: técnica poco agresiva para el paciente y resultados de morbimortalidad equiparables a la cirugía clásica convencional.

Resulta paradójico observar cómo el desarrollo de las técnicas endovasculares se ha producido en sectores donde la cirugía convencional presentaba sus mejores resultados, lo que ha creado incertidumbre dentro de la propia especialidad. Su rápida e imparable incorporación al arsenal terapéutico vascular, junto con la lenta aceptación por parte del cirujano vascular, ha provocado una falta de control y de preparación del cirujano sobre las mismas. Se estima que, dentro de cinco años, el porcentaje de procedimientos endovasculares realizados en un servicio de an-

giología y cirugía vascular, representará el 70% de su actividad. El intrusismo, por parte de otros especialistas, ha sido una constante en estos últimos años, más por la desidia propia que por el empuje ajeno. Citando cifras del Dr. Sicard, se espera que, para el año 2005, en Estados Unidos, la terapia endovascular periférica será efectuada en un 55 a 60% por cardiólogos hemodinamistas, en un 20 a 30% por radiólogos intervencionistas, y sólo en un 15% por cirujanos vasculares. Hoy por hoy, lo que va a pasar en nuestro país es difícil de imaginar.

En nuestro medio, durante los últimos 20 años, y a pesar de no haberse extendido las técnicas de forma mayoritaria, el control sobre el paciente vascular ha posibilitado conocer la magnitud de estos procedimientos, sus posibles indicaciones y resultados, y ha permitido vivirlas día a día y situarlas en su justa posición dentro del abanico terapéutico vascular actual. De esta forma podemos decir que la angioplastia transluminal percutánea (ATPC), con o sin *stent*, se ha convertido en una técnica aceptada, con unos resul-

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital General i Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, España.

Correspondencia:

Dr. V. Fernández-Valenzuela. Avenida 307, 34-36, 4.º 3.ª. E-08860 Castelldefels, Barcelona.

© 2001, *ANGIOLOGÍA*

tados adecuados siempre y cuando se indique de forma correcta. Esta indicación viene dada por el sector arterial a reparar y por el tipo de lesión. Los mejores resultados se han obtenido en las ramas viscerales, arterias renales y sector aortoiliaco, resultados equiparables a la cirugía clásica y con el atractivo de la falta de apertura abdominal. Se ha modificado la cirugía del sector aortoiliaco: se han olvidado técnicas quirúrgicas como el injerto aorto o iliofemoral y se ha disminuido de forma significativa la cirugía renal y visceral. A pesar de ello sigue habiendo sectores, como el femoropoplíteo, donde sus resultados no superan a la cirugía clásica y están todavía en espera de validación. Si algo ha enseñado la cirugía a los cirujanos vasculares, durante estos años, ha sido el adecuado tratamiento a aplicar según su grado clínico. Hoy por hoy, los procedimientos endovasculares no han demostrado, en su relación riesgo/beneficio, que deban cambiarse las indicaciones clínicas de tratamiento.

A pesar de estos cambios, el cirujano vascular seguía aferrado a su cirugía clásica e iniciaba tímidos intentos de cirugía endovascular en el sector aortoiliaco, en contraste con la falta de equipamiento y material endovascular, y de preparación adecuada.

Durante los años 90 se produce un cambio sustancial: en 1991, el Dr. Parodi coloca por primera vez una endoprótesis aórtica para corregir un aneurisma de aorta abdominal. Por otro lado, se inicia la experiencia en las angioplastias carotídeas. Ambos hechos suponen la posibilidad de mermar la cirugía convencional a límites insospechados hasta el momento. Sin embargo, la necesidad de cirugía asociada al procedimiento y la posibilidad de reintervención quirúrgica inmediata obligan a su realización en una sala quirúrgica, que debe equiparse adecuadamente. En nuestro país, el cirujano vascular se moviliza e inicia una formación adecuada en estas técnicas. A pesar de su demostrada posibilidad de realización en solitario, siguen mezclándose temas políticos y administrativos, compañerismo y años de trabajo en común. Aparece el muy repetido 'grupo multidisciplinario'. Como comenta el Dr. Maeso, en un editorial publicado en *Angiología*: 'toda la vida hemos trabajado en grupos multidisciplinarios, la cirugía es el más claro ejemplo; por tanto, el hecho de introducir un nuevo especialista en el grupo no debe redefinir su concepto'.

La utilización de un método de trabajo (cirujano vascular, radiólogo) u otro (cirujano vascular) debe definirlo cada grupo con arreglo a sus necesidades y, sobre todo, a sus posibilidades. Uno u otro método debe ser dirigido por un clínico que conozca la evolución natural de la enfermedad vascular y controle los diversos tipos de tratamiento, por lo que, a mi juicio, el cirujano vascular es el mejor preparado.

Los resultados del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta y las angioplastias carotídeas todavía están por definir: morbilidad inmediata, beneficios a largo plazo, necesidad de reintervenciones y coste adicional son preguntas de difícil respuesta, por lo que se impone prudencia, moderando la utilización y no modificando las indicaciones terapéuticas. A pesar de estas dudas, el campo es infinito, excitante y competitivo, lo que obliga a formar parte de él. Los avances tecnológicos harán que, dentro de 5 años, estos conceptos estén anticuados.

Seguirán quedando numerosas preguntas sin respuesta concreta, pero estoy convencido de que ayudará a la formación y estímulo de especialistas.