

## Cirugía sin arteriografía del sector femoropoplíteo y distal

L. de Benito-Fernández

Con respecto al trabajo *Cirugía sin arteriografía del sector femoropoplíteo y distal*, de Luján et al [1], me gustaría hacer algunos comentarios que, en mi opinión, son más complementarios que contradictorios.

En primer lugar, debo lamentar no haber podido asistir a la exposición en directo en Oviedo, con lo cual es posible que alguno de mis comentarios ya se haya discutido. En segundo lugar, he de felicitar a los doctores Luján et al, por una exposición tan ilustrativa y, sobre todo, por la magnífica labor de síntesis que han tenido que realizar para resumir un tema tan extenso y actual.

La conclusión del artículo es que se podría realizar una reconstrucción femoropoplítea basándose únicamente en la información obtenida con la ecografía Doppler, mientras que para el sector distal sería necesario hacer una arteriografía, al menos intraoperatoria. Inicialmente, no me parece una mala postura ni una mala práctica; sin embargo, quizás sea algo conservadora, sobre todo con la experiencia que tienen en la Fundación

Hospital Alcorcón. Además, basan estas conclusiones, fundamentalmente, en dos artículos, muy importantes pero de los que creo que se puede obtener más.

Allard et al [2], en 1994, achacan a la ecografía Doppler la peor sensibilidad, que no especificidad, que es superponible en el sector infrapoplíteo frente al femoropoplíteo, sin cuestionarse la posibilidad de que sea la arteriografía la que no cuenta toda la verdad, cuando se conoce su incapacidad de detectar los vasos distales en casos de patología multinivel. Allard et al [3], en 1999, comentan este tema con más detalle, y aportan datos de otros estudios, a favor y en contra de su posición.

Wain et al [4], en 1999, refieren una concordancia del 90% en el momento de identificar ambas anastomosis en el sector femoropoplíteo, frente a un 23% en el sector infrapoplíteo; sin embargo, en la discusión se amplía esta información cuando se describe que estas discrepancias se debieron, en su mayoría, a la elección del vaso receptor en caso de existir más de una posibilidad, ya que cuando únicamente había un vaso permeable

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid, España.

Correspondencia:

Dr. Luis de Benito Fernández. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Getafe. Ctra. Toledo, km 12,500. E-28905 Getafe (Madrid). E-mail: luisdebenito@netscape.net.

© 2004, ANGIOLOGÍA

(cuatro casos), la correlación respecto a la identificación de la anastomosis distal fue perfecta. ¿Elegiríamos todos el mismo sitio para realizar la anastomosis distal en el mismo vaso? Séguro que no. Además, como comentan Moneta et al en la discusión [1], no existe la operación perfecta, sino que diversas alternativas pueden ser igualmente válidas.

Una vez dicho esto, me gustaría repetir lo que dije al principio: no estoy en desacuerdo con la conclusión, por el momento, aunque creo que es cuestión de tiempo el que nos basemos únicamente en la ecografía Doppler para las reconstrucciones distales; incluso, estoy seguro de que ya lo hemos hecho en algún caso.

## Bibliografía

1. Luján-Huertas S, Puras-Mallagray E, Cancer-Pérez S, Perera-Sabio M. Cirugía sin arteriografía del sector femoropoplíteo y distal. Angiología 2003; 55: 409-15.
2. Allard L, Cloutier G, Durand LG, Roederer GO, Langlois YE. Limitations of ultrasonic duplex scanning for diagnosing lower limb arterial stenoses in the presence of adjacent segment disease. J Vasc Surg 1994; 19: 650-7.
3. Allard L, Cloutier G, Guo Z, Durand LG. Re-view of the assessment of single level and multilevel arterial occlusive disease in lower limbs by duplex ultrasound. Ultrasound Med Biol 1999; 25: 495-502.
4. Wain RA, Berdejo GL, Delvalle WN, Lyon RT, Sánchez LA, Suggs WD, et al. Can duplex scan arterial mapping replace contrast arteriography as the test of choice before infrainguinal revascularization? J Vasc Surg 1999; 29: 100-9.