



Radiología



0 - Nuevas técnicas y materiales en la revascularización periférica

L.J. Zurera Tendero¹ y J.J. Espejo Herrero²

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Objetivo docente: 1. Describir las diferentes técnicas, materiales y resultados en la recanalización de oclusiones crónicas (CTO) de cualquier sector arterial de la pierna.

Discusión: La CTO (generalmente oclusiones largas y calcificadas) de cualquier sector de la pierna es un problema habitual al que se enfrenta el radiólogo intervencionista. Debido a la mejora de técnicas y materiales de recanalización, hay una tendencia a abordar endovascularmente cada vez más CTOs haciendo que las recomendaciones por las guías clásicas TASC II estén quedando obsoletas, con una mayor tendencia a tratar endovascularmente incluso lesiones C y D. El primer paso y más importante ante una CTO es atravesarla. 1. Para ello es fundamental planificar el ABORDAJE mediante angio-TC o -RM que será homo- o contralateral, anterógrado o retrógrado, femoral o poplíteo (con o sin guía ecográfica); hay técnicas para reconvertir un abordaje femoral retrógrado en anterógrado. También se puede utilizar el abordaje humeral (para CTOs ilíacas o femorales), o el abordaje transpedal (para CTOs infrapoplíteas). Incluso se puede realizar un abordaje retrógrado por gruesas colaterales femorales (superficial/profunda) o tibio-peroneas. Se pueden combinar simultáneamente dos abordajes (retrógrada- y anterógradamente) con apoyo de lazo recuperador (técnica SAFARI). 2. Para atravesar la CTO disponemos de diferentes catéteres y microcatéteres de soporte (1,5F-5F), hidrofílicos o no y con diferentes curvas (rectos, vertebrales, Rubicon, Seeker, Quick-cross, CXC-support, Sure-cross), así como diferentes guías (0,014''-0,035'') hidrofílicas o con carga en la punta (Astato, Command, Roadrunner, Radiofocus). 3. Lo más habitual es la recanalización por vía endoluminal, pero también se puede realizar subintimalmente según la técnica clásica de Bolia (catéter de soporte vertebral 5F y guía hidrofílica 0,035'' con loop de avance subintimal hasta reentrar distalmente en la verdadera luz). Pero también existen sistemas de reentrada específicos (con control fluoroscópico o por IVUS) para guías de 0,014'' (Outback). Otra técnica de recanalización subintimal es la "doble balón". 4. Para la recanalización endoluminal también se puede emplear la aterectomía, generalmente para lesiones largas y muy calcificadas, con diferentes aterotomos (SilverHawk, JetStream, Frontrunner) y que se debe complementar finalmente con angioplastia/stent. 5. Para la recanalización subaguda de by-pass quirúrgicos se puede utilizar la trombectomía mecánica (AngioJet) combinada con angioplastia/stent. 6. Para el "salvamento de la pierna" en la isquemia se está empleando experimentalmente la infusión de células madre.

Referencias bibliográficas

Goltz JP. Complex recanalization techniques for complex femoro-popliteal lesions: how to optimize outcomes. J Cardiovasc Surg (Torino). 2015;56:31-41.

Fanelli F. Retrograde recanalization of complex SFA lesions: indications and techniques. J Cardiovasc Surg (Torino). 2014;55:465-71.