

Utilidad del tratamiento endovascular en el sector ilíaco

A. Plaza-Martínez, R. Riera-Vázquez, M. Díaz-López, J. Cordobés-Gual, F.T. Gómez-Ruiz, J. Juliá-Montoya, E. Manuel-Rimbau Muñoz, C. Corominas-Roura, P. Lozano-Vilardell

VALUE OF ENDOVASCULAR TREATMENT IN THE ILIAC SECTOR

Summary. Aims. To analyse the value, measured in terms of quality of life, of iliac endovascular procedures. Patients and methods. A total of 70 endovascular procedures performed over a 6 year period were studied and compared with a control group (125 surgical procedures, including anatomical and extra-anatomical reconstructions). The iliac lesions treated by endovascular paths were classified according to the TASC guidelines. A decision analysis was conducted and each of the therapeutic options was assigned a probability, according to the type of iliac lesion and the clinical picture that led to the treatment. We also calculated value in quality-adjusted life years (QALY). Results. 67% of the iliac lesions were type A, 30% were type B and the remaining 3% were type C. Endovascular treatment was used for intermittent claudication in 75% of cases, critical ischemias in 15.7% and acute ischemias in 8.6%. There were 5% less complications with the use of endovascular procedures as compared to surgery. The expected value of surgery was higher than that of endovascular procedures (0.92 compared with 0.87), with 25% more probability of being permeable at 3 years. The value threshold—beyond which endovascular procedures can be superior to those involving surgery—is 0.91. This represents a value which was only surpassed in the subgroup of claudicating patients with type A lesions treated by endovascular methods (value 0.92). Conclusions. Our results show endovascular treatment to be the most suitable in patients with intermittent claudication and type A iliac lesions. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 282-90]

Key words. Angioplasty. Health questionnaire. Iliac artery. Quality of life. Surgery. Value.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca, España.

Correspondencia:
Dr. Ángel Plaza Martínez.
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Son Dureta. Andrea Doria, 55. E-07014 Palma de Mallorca. Fax: +34 971 175 500. E-mail: cule@arrakis.es

© 2002, ANGIOLOGÍA

Introducción

Las opciones para el tratamiento de la isquemia de miembros inferiores (MMII) incluyen desde medidas conservadoras, como la antiagregación o los regímenes

de ejercicio, hasta los procedimientos revascularizadores, más radicales pero también más eficaces.

Las numerosas opciones de las que disponemos actualmente para el tratamiento de la enfermedad oclusiva aor-

Tabla I. Descripción de las lesiones ilíacas según el TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC).

a) Lesiones ilíacas TASC-A	
1.	Estenosis únicas, menores de 3 cm de longitud, y que afecten a la AIP o a la AIE (uni o bilateral)
b) Lesiones ilíacas TASC-B	
2.	Estenosis única, de 3-10 cm de longitud, que no afecten a la AFC
3.	Dos estenosis, de una longitud total menor de 5 cm, que afecten a la AIP o a la AIE, sin afectar a la AFC
4.	Oclusión AIP unilateral
c) Lesiones ilíacas TASC-C	
5.	Estenosis bilateral, de 5-10 cm de longitud total, que afecten a la AIP o a la AIE, sin afectar a la AFC
6.	Oclusión de la AIE unilateral, sin afectación de la AFC
7.	Estenosis unilateral de la AIE, que afecte a la AFC
8.	Oclusión de ambas AIP
d) Lesiones ilíacas TASC-D	
9.	Estenosis unilateral difusa (de más de 10 cm de longitud) de las AIP, AIE y AFC
10.	Oclusión unilateral de las AIP y AIE
11.	Oclusión de ambas AIE
12.	Enfermedad difusa, que afecta a la aorta y a ambos ejes ilíacos
13.	Estenosis ilíaca (de cualquier tipo) en un paciente que presente un aneurisma de aorta abdominal u otra lesión que requiera cirugía aorto-ilíaca
AIP: arteria ilíaca primitiva; AIE: arteria ilíaca externa; AFC: arteria femoral común.	

toilíaca han generado considerables controversias con respecto al método óptimo de revascularización en tales pacientes, no sólo con relación a aspectos técnicos de reconstrucción anatómica, que tradicionalmente se han definido como la norma de tratamiento, sino tam-

bién respecto a métodos alternativos, con inclusión de una variedad de procedimientos, tanto endovasculares como de cirugía extranatómica, que pueden ofrecer resultados equivalentes con menor riesgo.

Hasta hace unos pocos años la cirugía endovascular se utilizaba primordialmente para el tratamiento de pacientes con alto riesgo quirúrgico, no candidatos a cirugía arterial directa, a pesar de la incertidumbre de que el éxito inicial se mantuviera por encima del primer año [1,2]. Hoy en día la cirugía endovascular está en el árbol de decisión de todas las unidades vasculares frente a una isquemia arterial.

En 1993, la American Heart Association presentó una guía para la angioplastia transluminal percutánea (ATP) de la aorta abdominal y de los vasos de MMII [3], para clarificar el lugar adecuado de la ATP y sobre todo su indicación según el tipo de lesión. Más recientemente, en enero del 2000, la TransAtlantic Inter-Society publicó un consenso (TASC) para el tratamiento de la arteriopatía periférica [4], en el que se expone claramente el tratamiento endovascular o quirúrgico más apropiado según el tipo de lesión ilíaca; se describen cuatro tipos: las lesiones de tipo A, cuyo tratamiento de elección es el endovascular; las B, cuyo tratamiento más utilizado es el endovascular, aunque no existe suficiente evidencia en la bibliografía; las de tipo C, cuyo tratamiento más empleado es la cirugía; y las de tipo D, cuyo tratamiento de elección es la cirugía. Los esquemas de las lesiones ilíacas mencionadas se pueden observar en la tabla I.

El presente trabajo intentará conocer la utilidad del tratamiento endovascular en forma de calidad de vida, y lo comparará con un grupo de referencia (GR) quirúrgico.

Pacientes y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el que se compara un grupo endovascular (GEV) con un GR.

El GEV lo constituyen 70 procedimientos: nueve angioplastias ilíacas simples y 61 angioplastias con implantación de endoprótesis (inicialmente, si la angioplastia había tenido un resultado subóptimo, entendido como tal la existencia de una estenosis residual mayor del 30% o la disección de la placa, y, posteriormente, de forma sistemática, según criterio del angiorradiólogo), 46 del tipo Easy Wallstent® y 15 del tipo Passager® (Boston Scientific). El 67% lo constituyen lesiones de tipo A, el 30% lesiones de tipo B y el 3% lesiones de tipo C.

El GR lo constituyen 125 procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del eje ilíaco lesionado: 102 reconstrucciones anatómicas (65 endarterectomías y 37 derivaciones iliofemorales) y 23 extranatómicas (14 derivaciones femoro-femorales y nueve derivaciones axilofemorales).

Tanto los procedimientos endovasculares como los quirúrgicos se realizaron entre enero de 1995 y diciembre del 2000. Todos los procedimientos fueron primarios, de modo que se excluyeron del estudio aquellos pacientes que tenían

Tabla II. Valoración para cada posible resultado, con la utilización del cuestionario de salud EuroQol.

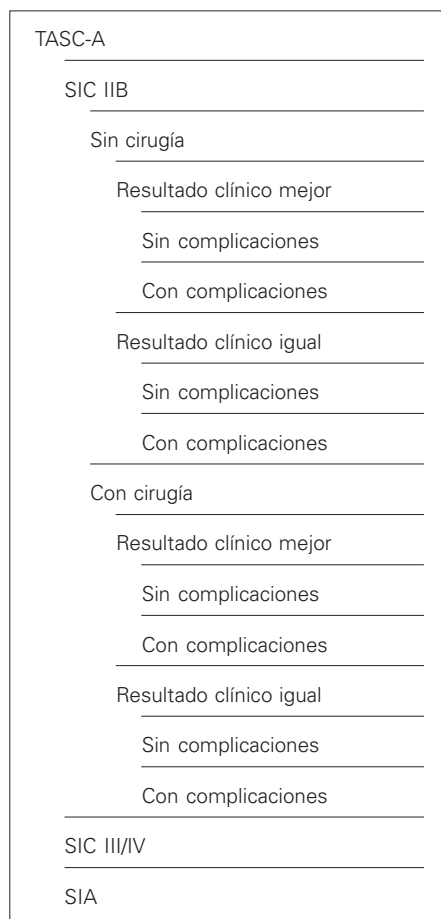
Estado	
Mejoría sin complicaciones	1
Mejoría + complicación local leve	0,80
Mejoría + complicación local moderada	0,70
Mejoría + complicación general	0,50
Igual estado	0,40
Empeoramiento	0,25
Amputación	0,20
Muerte	0

algún antecedente de tratamiento endovascular o quirúrgico previo en el sector iliofemoral.

Se estudiaron los parámetros clásicos de edad, sexo, factores de riesgo vascular, comorbilidades, complicaciones y estancia media hospitalaria. La valoración de la permeabilidad de los procedimientos se realizó mediante un examen clínico y hemodinámico en todos los casos; en los que se objetivaba un empeoramiento, se recurría a técnicas de imagen (ecografía Doppler o arteriografía).

La asignación de utilidades se realizó sobre la base de las conclusiones de un trabajo previo llevado a cabo en nuestro servicio, que aplicó el cuestionario de salud EuroQol (EQ-5D) a pacientes claudicantes ingresados, antes y después de cualquier procedimiento terapéutico. Con ello se consiguió una escala de valores subjetiva, atribuida por todos estos pacientes, que va desde un extremo que corresponde al estado de salud óptimo (que tendría un valor de 1) hasta la muer-

Tabla III. Esquema del árbol de decisión aplicado a los pacientes con lesiones de tipo A y claudicantes.



te del paciente (con un valor de 0). En la zona intermedia se localizarían los valores correspondientes a las complicaciones de los procedimientos. En la tabla II se puede observar la puntuación para cada situación, derivada del mencionado estudio.

El cuestionario EuroQol [5] refleja cinco dimensiones de salud posibles: morbilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor y ansiedad o depresión. Hay tres respuestas posibles para cada dimensión, lo que arroja un total de 243

combinaciones. Además, representa una escala de valores que van desde el 1, o el mejor estado imaginable, hasta el 0, el peor resultado o la muerte, obtenido a partir de la población general (Rotterdam, Holanda). De este modo, cada paciente presenta una valoración global entre 0 y 1, a partir de la cual se pueden realizar cálculos de ‘años de vida ajustados por calidad’ (QALY o AVAC), como hemos llevado a cabo en el presente estudio. Con la aplicación de los resultados a un análisis de Markov, realizado para cada resultado posible en los GEV o GR, obtenemos la utilidad en forma de calidad de vida para cada grupo.

El análisis se realiza según el método de análisis de decisión como técnica de descripción de problemas, se identifican los cursos de acción y se evalúan su probabilidad y el valor (o utilidad) de los resultados. Se representan en forma de árbol todas las alternativas de los procedimientos endovasculares y quirúrgicos para todas las opciones que surjan, se asignan probabilidades a cada rama y se calcula el valor esperado de las alternativas del nodo raíz. Los indicadores de eficacia son el resultado clínico inmediato, las complicaciones del procedimiento y la permeabilidad primaria durante el seguimiento, con la consiguiente necesidad de procedimientos secundarios por fracaso del primario. Una muestra de este análisis se puede observar en la tabla III, donde se representa exclusivamente el árbol para los pacientes con lesiones de tipo A y claudicantes tratados por vía endovascular. Del mismo modo, se desplegaría un árbol para cada tipo de lesión e indicación clínica

en el GEV, y para cada indicación de tratamiento en el GR.

Se cruzan en un eje cartesiano los valores máximo y mínimo del intervalo de confianza de la utilidad esperada para el GR y los valores mínimo y máximo de los del GEV; el punto donde se cruzan se conoce como utilidad umbral, definida como la probabilidad a partir de la cual los procedimientos endovasculares son más útiles que la cirugía para las lesiones iliofemorales.

Resultados

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a la edad media (57,4 años, DE= 9,2, del GEV frente a 61,1, DE= 10,5, del GR, $p= 0,36$), al sexo (eran varones el 91,4% de los pacientes del GEV y el 92,3% de los del GR, $p= 0,83$), al tabaquismo (el 95,3% de los pacientes del GEV frente al 93,5% del GR, $p= 0,85$), a la presencia de diabetes (el 68,3% de los pacientes del GEV fueron diabéticos, frente al 62,7% del GR, $p= 0,75$), a la hipertensión (el 48,3% frente al 50,2%, $p= 0,89$), a la dislipemia (el 25,4% frente al 20,2%, $p= 0,42$), ni a la indicación del tratamiento (el 76% de los pacientes del GEV se trataron por presentar una claudicación de MMII, el 15% por una isquemia crítica y el 9% por una isquemia aguda por trombosis de un eje ilíaco previamente lesionado; mientras que en el GR, el 63% se trató por presentar una claudicación invalidante de MMII, el 26% por una isquemia crítica y el 11% por una isquemia aguda, $p= 0,39$).

El 92,5% de los pacientes del GEV

Tabla IV. Complicaciones del grupo endovascular.

	N	%
Muerte (IAM)	1	1,4
Trombosis procedimiento	2	2,8
Hematoma inguinal	5	7,1
Pseudoaneurisma inguinal	1	1,4
Total	9	12,9

IAM: infarto agudo de miocardio.

obtuvieron un buen resultado inmediato –entendido como una disminución en al menos un estadio de la clasificación de Fontaine tras el tratamiento–, con una tasa de morbimortalidad combinada del 12,9%. La tasa de permeabilidad primaria a los 36 meses del seguimiento fue del 65,3%. El resultado de las técnicas endovasculares no se influyó por el uso de endoprótesis ni por la arteria tratada. De los 14 eventos ocurridos durante el seguimiento de los procedimientos endovasculares, a ocho se les realizó cirugía protésica (derivación iliofemoral) por presentar una isquemia aguda que amenazaba la viabilidad de la extremidad; en un caso se realizó fibrinólisis simple, en otro una nueva implantación de una endoprótesis y en cuatro casos no se realizó ninguna revascularización, por presentar una claudicación no invalidante. En la tabla IV se pueden apreciar las complicaciones postratamiento endovascular.

El 96,5% de los pacientes del GR presentaron un buen resultado clínico inmediato; la tasa global de complicaciones fue del 13,6%. La tasa de permeabilidad primaria a los 36 meses del

Tabla V. Complicaciones del grupo de referencia.

	N	%
Muerte (IAM)	2	1,6
Neumonía nosocomial	3	2,4
IRA	1	0,8
Linforragia inguinal	2	1,6
Hematoma inguinal	4	3,2
Infección inguinal	5	4
Total	17	13,6

IAM: infarto agudo de miocardio; IRA: insuficiencia renal aguda.

seguimiento fue del 86,7%, aunque en el subgrupo de pacientes a los que se les realizó una derivación axilofemoral la tasa de permeabilidad primaria a los 36 meses fue del 34%. En la tabla V se pueden apreciar las complicaciones postratamiento quirúrgico.

El análisis de la utilidad esperada revela en el GEV una utilidad global del 0,87 (0,82:0,94), $p=0,05$, con una utilidad desglosada por indicaciones de 0,89 en los pacientes claudicantes, 0,74 en los pacientes con isquemias críticas y 0,90 en los pacientes con isquemias agudas. El subgrupo en el que se consigue mayor utilidad es el de pacientes claudicantes con lesiones ilíacas de tipo A (utilidad= 0,92).

La utilidad esperada en el GR fue de 0,94 (0,87:1,00), $p=0,05$, con una utilidad por indicación de 0,97 en los pacientes claudicantes, 0,80 en los pacientes con isquemia crítica y 0,93 en los pacientes con isquemia aguda.

Al realizar un análisis de eficacia con

relación a la estancia media, la tasa de complicaciones, la tasa de permeabilidad primaria a los tres años y la utilidad, se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la estancia media (4,9 días en el GEV frente a 7,1 en el GR, $p=0,04$) y en la permeabilidad primaria a los 3 años (65,3% en el GEV frente a 86,7% en el GR, $p=0,02$). El resto de variables no mostraron diferencias significativas.

Al profundizar en este análisis, y aplicar las fórmulas de las proporciones relativa y atribuible, se obtiene que la cirugía ofrece un 7% más de calidad de vida ajustada, un 25% más de probabilidades de estar permeable a los 36 meses, un 5% más de complicaciones y un 27% más de eficacia neta, que los procedimientos endovasculares ilíacos.

La utilidad umbral es de 0,91, y sólo es superada en el GEV por el subgrupo de pacientes claudicantes con lesiones de tipo A.

Se aplica el análisis de eficacia del mismo modo que previamente, y al comparar este subgrupo de pacientes con el GR se obtienen diferencias significativas en cuanto a la estancia media (2,9 días del GEV frente a 7,1 días del GR, $p=0,02$) y la tasa de complicaciones (5,8% en el GEV y 13,6% del GR, $p=0,04$). No se observaron diferencias en la permeabilidad primaria a los 36 meses (79,2% frente a 86,7%, $p=0,75$).

Discusión

El tratamiento endovascular se utiliza cada vez más para resolver lesiones aor-

toilíacas; sin embargo, en ocasiones, se puede pecar por exceso de utilización. Existen muy pocos trabajos que estudien la efectividad o la eficacia de los procedimientos endovasculares frente a la cirugía convencional. La mayoría de los existentes son retrospectivos y los que hablan de eficiencia se refieren a costes directos [6] relacionados exclusivamente con los derivados de la hospitalización del paciente, y dejan de lado los costes indirectos por pérdida temporal o permanente de la productividad laboral. Mas escasos todavía son los trabajos que estudian la utilidad en forma de calidad de vida de los procedimientos endovasculares frente a una opción quirúrgica. Una de las primeras dificultades que presentan estos estudios, y que queda patente en el trabajo, es la obtención de una muestra de datos homogénea. La heterogeneidad de datos, que proceden de fuentes diversas, con sistemas también variados, constituye uno de los obstáculos iniciales.

Los intentos de estandarización del tratamiento endovascular en el sector ilíaco [3,4] se basan exclusivamente en la descripción morfológica de las lesiones más propicias para la angioplastia, sin tener en cuenta la clínica del paciente ni la eficacia de todo el procedimiento terapéutico combinado con la angioplastia. De modo que para estos trabajos es lo mismo tratar una lesión de tipo A en un paciente claudicante, al que probablemente con la angioplastia se le solucione el problema de una forma más o menos duradera, que tratar esa misma lesión en un paciente con una isquemia crítica, al que probablemente se le de-

berá asociar cirugía femoropoplítea, y cuya historia natural se acompaña de riesgo de amputación de la extremidad.

Para analizar la utilidad de los procedimientos endovasculares ilíacos debemos realizar un estudio de calidad de vida mediante un cuestionario de salud. En nuestro servicio ya habíamos realizado un estudio de calidad de vida en el paciente con traumatismo de la arteria poplítea [7] mediante el cuestionario SF-36, si bien en el presente trabajo hemos optado por el cuestionario EuroQol (EQ-5D). La razón del cambio fue la mayor facilidad de comprensión del cuestionario EQ-5D por los pacientes más mayores del presente estudio. Essink-Bot et al [8] comparan cuatro cuestionarios de salud no específicos (Nottingham Health Profile, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, COOP/WONCA y EuroQol) y concluyen que, aunque el SF-36 es el que mejor podría reflejar los resultados del estado de salud de una población sobre la base de los resultados de los análisis psicométricos, la elección del cuestionario de salud se debe individualizar según las características del estudio.

Los resultados avalan que la cirugía es más eficaz que el tratamiento endovascular, del mismo modo que otros trabajos que sólo estudian parámetros clásicos de permeabilidad primaria y tasa de complicaciones llegan a conclusiones similares [9-11].

Las críticas a este trabajo se basan en que es un estudio retrospectivo, sujeto a sesgos de selección de los pacientes, sobre la base de la existencia de diferentes lesiones ilíacas y clínicas.

También se puede criticar la subjetividad de los resultados del cuestionario de salud, característica común a todos los estudios que tratan de calidad de vida. La existencia de diferentes lesiones ilíacas hace que las técnicas de revascularización utilizadas sean diferentes y que los resultados de las mismas también lo sean. Finalmente, la comparación de un subgrupo muy determinado de pacientes tratados por vía endovascular con todo el GR –con la variedad de clínica y técnicas quirúrgicas que incluye– es un sesgo importante, pero que sirve para demostrar que, incluso en estas condiciones, la cirugía obtiene al menos los mismos resultados que el tratamiento endovascular.

Conclusiones

La cirugía ofrece más calidad de vida, probabilidad de mantenerse permeable a los tres años, morbilidad y eficacia neta que los procedimientos endovasculares en general. Los pacientes claudicantes con lesiones ilíacas de tipo A tratados por vía endovascular presentan resultados comparables a los de la cirugía, con menor morbilidad. Por lo tanto, el tratamiento endovascular es el de elección en los pacientes claudicantes con lesiones ilíacas de tipo A, y se debe realizar cirugía en los casos de pacientes con clínica de isquemia aguda o crítica, independientemente del tipo de lesión, y en los pacientes claudicantes con lesiones de tipo B, si se quieren alcanzar los mejores resultados.

Bibliografía

1. Brittenden J, Bradbury AW. The durability of iliac and femoral angioplasty. In Greenhalgh RM, ed. *The durability of vascular and endovascular surgery*. London: Saunders; 1999.
2. Fowkes FGR, Gillespie IN. Angioplasty versus non surgical management for intermittent claudication. In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 1999.
3. Pentecost MJ, Criqui MH, Dorros G, Goldstone J, Johnston W, Martin EC, et al. Guidelines for peripheral percutaneous transluminal angioplasty of the abdominal aorta and lower extremity vessels. *Circulation* 1994; 89: 511-31.
4. Dormandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg* 2000; 31: 1-296.
5. Vries SO, Kuipers WD, Hunink GM. Intermittent claudication: symptom severity versus health values. *J Vasc Surg* 1998; 27: 422-30.
6. Watling PJ, Gibson M, Torrie EPH, Magee TR, Galland RB. Iliac occlusions: stenting or crossover grafting? An examination of patency and cost. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000; 20: 36-40.
7. Plaza Á, Corominas C, Artigues I, Díaz M, Lozano P, Juliá J, et al. Pronóstico funcional del traumatismo de arteria poplítea. *Angiología* 2000; 3: 117-22.
8. Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel GJ, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures. The Nottingham Health Profile, the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, the COOP/WONCA charts, and the EuroQol instrument. *Med Care* 1997; 35: 522-37.
9. Bosch JL, Hunink MG. Meta-analysis of the results of percutaneous transluminal angioplasty and stent placement for aortoiliac occlusive disease. *Radiology* 1997; 204: 87-96.
10. Ballard JL, Bergan JJ, Singh P, Yonemoto H, Killeen JD. Aortoiliac stent deployment versus surgical reconstruction: analysis of outcome and cost. *J Vasc Surg* 1998; 28: 94-103.
11. Rutherford RB. Options in the surgical management of aorto-iliac occlusive disease: a changing perspective. *Cardiovasc Surg* 1999; 7: 5-12.

UTILIDAD DEL TRATAMIENTO
ENDOVASCULAR EN EL SECTOR ILÍACO

Resumen. *Objetivo. Analizar la utilidad medida en calidad de vida, de los procedimientos endovasculares ilíacos. Pacientes y métodos. Se analizan 70 procedimientos endovasculares realizados en un período de 6 años, y se comparan con un grupo control (125 procedimientos quirúrgicos, con inclusión de reconstrucciones anatómicas y extranatómicas). Las lesiones ilíacas tratadas por vía endovascular se clasificaron de acuerdo con la TASC. Se realiza un análisis de decisión y se asignan probabilidades para todas las opciones terapéuticas, según el tipo de lesión ilíaca y la clínica que motivó el tratamiento, así como un cálculo de utilidad en años de vida ajustados por calidad (QALY). Resultados. El 67% de las lesiones ilíacas fueron tipo A, el 30% tipo B y el 3% tipo C. Las indicaciones de tratamiento endovascular fueron, en el 75% de los casos, claudicación intermitente, el 15,7% isquemias críticas y el 8,6% isquemias agudas. Los procedimientos endovasculares presentaron un 5% menos de complicaciones que la cirugía. La utilidad esperada de la cirugía fue superior a la endovascular (0,92 frente 0,87), con un 25% más de probabilidades de estar permeable a los 3 años que los procedimientos endovasculares. La utilidad umbral –punto a partir del cual los procedimientos endovasculares pueden ser superiores a la cirugía– es de 0,91, utilidad sólo superada en el subgrupo de pacientes claudicantes con lesiones tipo A tratados por vía endovascular (utilidad 0,92). Conclusiones. En base a nuestros resultados, el tratamiento endovascular es el de elección en los pacientes con claudicación intermitente y lesiones ilíacas tipo A. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 282-90]*

Palabras clave. *Angioplastia. Arteria ilíaca. Calidad de vida. Cirugía. Cuestionario de salud. Utilidad.*

UTILIDADE DO TRATAMENTO
ENDOVASCULAR NO TERRITÓRIO ILÍACO

Resumo. *Objectivo. Analisar a utilidade, medida em qualidade de vida, dos procedimentos endovasculares ilíacos. Doentes e métodos. Analisam-se 70 procedimentos endovasculares realizados num período de 6 anos, e comparam-se com um grupo de controlo (125 procedimentos cirúrgicos, incluindo reconstruções anatómicas e extra-anatómicas). As lesões ilíacas tratadas por via endovascular foram classificadas de acordo com a TASC. Realiza-se uma análise de decisão e atribuem-se probabilidades para todas as opções terapêuticas, segundo o tipo de lesão ilíaca e a sintomatologia que motivou o tratamento, assim como um cálculo da utilidade em anos de vida, ajustados por qualidade (QALY). Resultados. 67% das lesões ilíacas foram do tipo A, 30% do tipo B e 3% do tipo C. As indicações e tratamento endovascular foram, em 75% dos casos, claudicação intermitente, em 15,7% isquemias críticas e em 8,6% isquemias agudas. Os procedimentos endovasculares apresentaram 5% menos complicações que a cirurgia. A utilidade esperada da cirurgia foi superior à endovascular (0,92 face a 0,87), com 25% mais probabilidades de estar permeável aos 3 anos do que os procedimentos endovasculares. A utilidade limiar –ponto de partida do qual os procedimentos endovasculares podem ser superiores à cirurgia– é de 0,91, utilidade apenas superada no subgrupo de doentes claudicantes com lesões tipo A tratados por via endovascular (utilidade 0,92). Conclusões. Com base nos nossos resultados, o tratamento endovascular é o de eleição nos doentes com claudicação intermitente e lesões ilíacas tipo A. [ANGIOLOGÍA 2002; 54: 282-90]*

Palavras chave. *Angioplastia. Artéria ilíaca. Qualidade de vida. Cirurgia. Questionário de saúde. Utilidade.*