

NOTA ESPECIAL

▶ **LA EVOLUCIÓN ENDOVASCULAR,
¿DÓNDE NOS ENCONTRARÁ EN EL FUTURO?**

AUTOR:

DR. EDWARD B. DIETRICH, MD*

Recibido: Marzo 2011*Aceptado:* Abril 2011*Correspondencia:* EDietrich@azheart.com

No es posible identificar un evento, o un simple procedimiento, o una tecnología específica en el campo vascular que se haya iniciado con entusiasmo por enfoques menos invasivos a fin de corregir patologías arteriales. Ciertamente, el primer trabajo de Dotter es citado como pionero de lo que ha surgido, a pesar de las críticas y de sus escépticos apodosados como “el loco Carlos”(1). ¿No es interesante que hoy en día utilicemos el término “dotting” para describir muchos de sus trabajos, especialmente aquellos que se encuentran relacionados con los temas de acceso?

De acuerdo con mi experiencia personal, la llegada de la tecnología del laser ayudó para trabajar dentro del lumen de los vasos sanguíneos incentivando, a su vez, a la amplia serie de tecnologías que se están utilizando y testeando en las bases diarias de las suites endovasculares.

Sin embargo, debemos admitir que el laser *HotTip* fue, en realidad, nada más que una “prueba del dotting”. Nuestro entusiasmo por explorar el potencial para tratar las enfermedades oclusivas endovasculares –siendo crucialmente importante– nació con la determinación de Juan Carlos Parodi, el argentino que publicó el primer informe en inglés sobre una exclusión exitosa de un aneurisma aórtico abdominal en 1991(2). Este evento seminal y la excitación del trabajo que lo siguió,

cambió para siempre el paradigma del tratamiento para la enfermedad aneurismática. La aceptación del concepto no se avaló universalmente y, como toda técnica, ya sea quirúrgica o médica que alguna vez se incorporó, el escrutinio de los estudios randomizados finalmente decide el destino del campo clínico.

Los resultados a largo plazo de EVAR I y II(3,4), en gran parte, han verificado los atributos extremadamente positivos que poseen los procedimientos endovasculares al considerarlos con la clásica intervención a cielo abierto. Como suele ocurrir, estos estudios tienden a revelar la preferencia de los pacientes por los tratamientos menos invasivos.

Un estudio enorme que abarca a la endoprótesis para los aneurismas torácicos llevado a cabo por Michael Dake(5) expandió el potencial para utilizar las técnicas endovasculares por encima del diafragma. Últimamente, hemos podido ofrecer enfoques endovasculares para el tratamiento de muchas manifestaciones aneurismáticas a través de todo el sistema vascular.

Tanto estos pioneros como otros, sentaron las bases para la revolución endovascular de la cual hemos sido testigos durante las dos últimas décadas. Además, existe ahora una amplia aceptación de las tecnologías endovasculares, como así también una gran serie de estudios continuos a fin de documentar

*Presidente en el Directorio de *International Society for Endovascular Surgeons (ISES)*

Editor en Jefe de *Journal of Endovascular Therapy*

su aplicación clínica. Al mismo tiempo, esta revolución –como todos los levantamientos– ha creado una inestabilidad en las bases diarias de las cuales también todos fuimos testigos. Existen muchos factores contribuyentes, pero sólo vale la pena explorar unos pocos a fin de poder ofrecer ideas de cómo nosotros podríamos estandarizar y también solidificar nuestras prácticas a fin de hacerlas aún más seguras y más exitosas.

Nuestra especialidad endovascular –sin considerar si incluye a los cirujanos, radiólogos, cardiólogos o intervencionistas con aptitudes endovasculares– representa a aquellos quienes se encuentran obligados a utilizar tecnologías basadas en catéteres. Los celos y las batallas académicas entre las especialidades son contraproducentes y se deben eliminar en el futuro. Cuando inauguramos la *International Society for Endovascular Surgeons* (ISES) en el año 1992 y posteriormente comenzamos a publicar la *Journal of Endovascular Surgery* en 1994 se destacaron tanto los procedimientos como los cirujanos endovasculares porque éstos últimos inventaron las primeras técnicas. Como uno de los miembros fundadores del ISES –aunque fue un período muy corto– me di cuenta de un error que se había cometido: el campo de las intervenciones endovasculares no es solamente para los cirujanos sino para los miembros de cualquier especialidad. A pesar de las grandes objeciones de muchos de mis colegas cirujanos, yo estoy convencido de que el directorio de ISES cambió tanto el nombre de la revista como de la sociedad; por lo tanto nacieron la Revista del Tratamiento Endovascular y la Sociedad Internacional de Especialistas Endovasculares. Actualmente, yo soy el Presidente en el Directorio de ISES y, en los últimos años, tanto la dirección de ISES como los miembros han utilizado la verdadera definición del término de “especialista endovascular”.

El congreso anual de ISES en Phoenix, AZ en el mes de febrero de 2011, fue un gran éxito y se incorporó una nueva estructura organizacional y un nuevo nombre: *el International Congress for Endovascular Specialists* (ICON).

Los expertos de todo el mundo representaron a su propia región como así también a las sociedades nacionales presentando un programa de alto nivel a través de una plata-

forma multidisciplinaria. La única estructura organizacional de ISES incluye a un directorio que se encuentra compuesto por cirujanos, cardiólogos, radiólogos y otros miembros que representan a la industria. Esta estructura posiciona a la Sociedad en única, ya que ninguna otra sociedad médica ha fusionado antes la relación industria-médico. Críticamente, esto se ha convertido en importante y se relaciona tanto con la investigación de ISES como con el *Research and Educational Institute* (ERI), presidido por el Dr. Zvonimir Krajcer bajo la dirección del Directorio de ISES. El Instituto ha sponsorado dos congresos: el del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares y Endovasculares (CACCVE) y el de Cirujanos Endovasculares de Latino América (CELA).

El Endovascular Summit en Croacia, el otoño pasado, incluyó a más de media docena de sociedades que representaban múltiples especialidades. Más recientemente, un *Summit* (SVS) del ISES tuvo lugar en Sydney, Australia. Este septiembre del corriente año el *Summit* del ISES se realiza en Eslovenia.

¿Por qué es tan crítico que estas distintas organizaciones y sociedades –ya sean locales, regionales o nacionales– exhiban esta clase de cooperación global con una comunicación libre de información y un apoyo para la administración, el planeamiento de un programa, el intercambio de aprendizaje y una participación de profesores multidisciplinarios? Por supuesto que existen muchas razones pero una de las más obvias es que todos nosotros, sin tener en cuenta la especialidad, procedencia, afiliación académica, empresa privada o representación industrial, nos encontramos enfrentando al mismo común denominador: **¡CAMBIO!**

Por cambio no quiero decir la transición de los procedimientos más invasivos a los menos invasivos. A pesar de todos los obstáculos anteriormente mencionados, la tecnología basada en el catéter recibió tanto la aprobación por parte del paciente como del médico. Sin embargo, al mismo tiempo, los procedimientos intervencionistas como las ganancias que producen se han agotado. Cuando los ingresos de los dispositivos disminuyen, las iniciativas de investigación para los dispositivos de la próxima generación se detienen. Como resultado, los usos tanto de la propiedad intelectual

como de la creatividad que pueden guiar a la nueva tecnología desfallecen y, a su vez, las aplicaciones evidentes declinan. Ningún país ha sido testigo de esto en una magnitud más grande que los Estados Unidos, en el cual el marco regulatorio ha hecho que los trabajos realizados fuera de los Estados Unidos sean más atractivos tanto para los investigadores como para las compañías inversoras. Algunas proyecciones colocan a los Estados Unidos detrás de otros en lo que respecta al desarrollo y a las aprobaciones del producto clínico. Este y muchos otros factores son ejemplos de los cambios de los cuales somos testigos con una frecuencia cada vez mayor.

En nuestro ambiente global, donde la educación, la investigación y la práctica clínica se encuentran amenazadas por este clima de cambio, existe una necesidad crítica para nuestras sociedades vasculares de unirse en una plena cooperación y, al hacerlo, promover las metas de ISES para crear un ambiente más posible para el futuro de la especialidad endovascular.

Me gustaría agradecer a Luis Bechara-Zamudio por la oportunidad de expresar estos pensamientos en esta nota.

Conflicto de intereses: El autor es consultor de Endologix.

REFERENCIAS

1. Payne MM. Charles Theodore Dotter: The father of intervention. *Tex Heart Inst J.* 2001;28:28-38.
2. Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 1991;5(6):491-99.
3. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomized controlled trial. *Lancet* 2005;365(9478):2179-86.
4. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomized controlled trial. *Lancet* 2005;365(9478):2187-92.
5. Dake MD, Miller DC, Semba CP, Mitchell RS, Walker PJ, Liddell RP. Transluminal placement of endovascular stent-grafts for the treatment of descending thoracic aortic aneurysms. *N Engl J Med.* 1994;331:1729-1734.