



PERSPECTIVAS

SIMPOSIO VASCULAR CACVS – PARÍS, FRANCIA: IMPRESIONES PERSONALES Y OPINIONES 19 AL 21 DE ENERO DE 2017

Al finalizar otro impactante y exitoso Simposio CACVS en París, encabezado por el inalterable liderazgo visionario de Jean-Pierre Becquemin, pensé que resultaría interesante resumir algunos de los mensajes clave, que rescaté, al menos en relación con el lado arterial. También se ofreció un sólido programa sobre venas, al que no me referiré en esta oportunidad.

Las tecnologías de endoprótesis ramificadas y las estrategias técnicas para reparar el arco aórtico y el aneurisma de aorta toracoabdominal (AATA) se están desarrollando rápidamente. Se continúan informando progresos significativos en este aspecto, aunque varios de ellos permanecen en etapa experimental y en sus pasos iniciales. Aún queda mucho trabajo por hacer, experiencia por obtener y resultados a mediano y largo plazo por alcanzar y analizar antes de que cualquiera de ellas se convierta en algo parecido a un nuevo estándar de cuidado. Y, por supuesto, estos procedimientos deberían tender y tienden a estar limitados a unos pocos centros de excelencia con el volumen necesario de casos y recursos que constituyen un prerrequisito.

-El tratamiento TEVAR de la disección aórtica tipo B avanza y atrae mucha atención. Sin embargo, a pesar de existir considerables avances en la definición y evidencia de factores de alto riesgo subyacentes a la indicación de intervenir en disecciones simples, la duda y la incertidumbre persisten y algunos célebres expertos se atrincheran en la postura histórica de ofrecer tratamientos solo para los clásicos casos tipo B complicados y nada más.

AUTORES:

DR. FRANK J. CRIADO,

miembro del Colegio

Estadounidense de Cirujanos,

miembro de la Sociedad para

la Medicina Vascular

.....
CORRESPONDENCIA:

frankjcriado@gmail.com

Por otro lado, la evidencia emergente sugiere que los resultados a largo plazo de TEVAR posiblemente no sean tan excelentes.

Manténganse atentos

- Las indicaciones para el tratamiento opcional del aneurisma de aorta abdominal (AAA), 5,0 cm vs. 5,5 cm –más pequeño (4,5-5,0) en pacientes de sexo femenino. El progreso en este tema es limitado aunque existe evidencia de nivel 1 en favor de 5,5 cm. Varios cirujanos aún se aferran al estándar histórico de 5,0 cm.

Y, por cierto, ¡la indicación de 5,5 cm se aplica a hombres, no a pacientes del sexo femenino!

Las notables diferencias en los umbrales de indicación y los índices de reparación de AAA entre los diversos países del mundo, y la mortalidad relacionada con AAA llamaron nuestra atención y fueron discutidos en cierta profundidad. Las diferencias más destacables existen entre el Reino Unido y los Estados Unidos, ya que ¡los pacientes británicos con AAA enfrentan un riesgo 2 a 3 veces mayor de muerte por aneurisma!

-¡Los dispositivos del brazo ilíaco para la revascularización de la arteria hipogástrica en la reparación EVAR (y el tratamiento de los aneurismas hipogástricos) han llegado! Estas tecnologías (disponibles, de al menos 3 fabricantes) claramente están logrando gran reputación y parecen alcanzar un alto nivel de éxito, a cambio de un aumento aceptable del tiempo del procedimiento y la complejidad técnica.

El enrollamiento y la exclusión de las arterias hipogástricas se están convirtiendo rápidamente en cosa del pasado, y tienen un rol mucho más disminuido a medida que se avanza.

-Del mismo modo, la reparación EVAR percutánea llegó para quedarse y ahora es adoptada por un número creciente de técnicos de prótesis de stents a nivel mundial. Los perfiles decrecientes de los dispositivos y los avances en los dispositivos y las técnicas de sutura arterial percutánea son los dos factores que apuntalan dicho avance. El “clásico” enfoque quirúrgico de corte en la EVAR se verá relegado a solo unos pocos casos en el futuro (cuando la EVAR percutánea demuestre ser poco viable o estar contraindicado). De hecho, se convertirá en algo poco frecuente.

-El abordaje desde arriba o en sentido anterógrado a la aorta visceral y toracoabdominal se está utilizando cada vez más para las reparaciones complejas con endoprótesis,

incluyendo los procedimientos Ch-EVAR (EVAR con técnica de chimenea), F-EVAR (EVAR con endoprótesis fenestrada) y AATA ramificados. Sin quejas de consenso, el uso de una prótesis cosida a la arteria axilar pareciera ser la técnica que surge como la más popular y, tal vez, la mejor para la introducción anterógrada de múltiples vainas largas.

-Sin perjuicio de los sorprendentes avances en las estrategias con las técnicas Ch-EVAR y F-EVAR, cada vez se opina con mayor firmeza que la reparación quirúrgica abierta todavía debería mantener un rol relevante en el tratamiento del aneurisma yuxtarenal y otros AAA complejos en pacientes que se encuentran en buen estado clínico para someterse a cirugías aórticas mayores.

-Las endofugas tipo II continúan siendo controversiales. El tema se trató durante un segmento completo de una sesión dedicada a discutir si alguna vez se deberían tratar. ¡Incluso frente a un saco de aneurisma aumentado! No es que esa rotura no pueda ocurrir, pero algunos expertos sostienen que el riesgo es demasiado bajo, que cualquier intervención podría ser más peligrosa que el historial natural de las tipo II no tratadas.

Manténganse atentos a este tema también

-A pesar de los considerables avances en la reparación F-EVAR, las técnicas Ch-EVAR conservan su atractivo en muchas circunstancias, especialmente ahora cuando tenemos evidencia clínica y datos más concretos y el hecho de que hayan recibido la aprobación CE Mark, para ser utilizadas con la prótesis de *stent* Medtronic Endurant. De modo que ahora es una terapia aprobada con indicación para la enfermedad AAA compleja.

-En relación con las arterias carótidas, se continúa acumulando evidencia que demuestra el extraordinario bajo riesgo de apoplejía con estenosis carotídea asintomática, incluso con estenosis hemodinámicamente crítica. Cada vez más cirujanos se suman a la opinión de que –con algunas pocas excepciones– la enfermedad sintomática “solo” debería tratarse con una intervención.

En cuanto a la endoprótesis carotídea, los *stents* recubiertos representan un avance tecnológico significativo y se convertirán en la nueva norma. Aun así, el que seguro cambiará las reglas del juego será el acceso cervical con inversión de flujo (*Silk Road Neuroprotection System*), un concepto que los cirujanos están adoptando rápidamente.

-Al cambiar a la vascularización aortoiliaca y de extremidades inferiores, ya no hay dudas de que el mejor

tratamiento para la bifurcación aórtica severa y la enfermedad de la arteria ilíaca común bilateral es el stent recubierto. La evidencia disponible es sólida y real.

Los dispositivos a base de Paclitaxel están surgiendo como los campeones indiscutidos en las arterias infrainguinales, especialmente en la arteria femoral superficial (AFS). La angioplastia con balón recubierto de fármaco (DCB, por su sigla en inglés) es la que ha cambiado las reglas del juego, aunque los stents liberadores de fármacos (DES, por su sigla en inglés) también juegan un rol importante, particularmente en oclusiones complejas de la SFA, en cuyo caso muchos expertos sienten que debería utilizarse el stent DES en lugar del DCB.

También se evaluaron los avances en la aterectomía. Todavía existen muchos adeptos a la aterectomía por sobre otras opciones, incluyendo su utilización en combinación con DCB para algunas lesiones complejas (como la restenosis intra-stent). La reciente incorporación de la aterectomía direccional guiada por imágenes OCT (de Avinger) se mencionó como un ejemplo de una de las nuevas tecnologías más interesantes a tener en cuenta en un futuro cercano.

¡Y así terminamos el resumen! ■