

Angiología

www.elsevier.es/angiologia



COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO

Tratamiento endovascular de la isquemia crítica de miembros

Blevins WA Jr, Schneider PA. Endovascular treatment of critical limb ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2010;39:756-61.

El tratamiento endovascular de la isquemia crítica de miembros (IC) ha avanzado significativamente en el pasado reciente, especialmente la capacidad para tratar las lesiones de los vasos tibiales con resultados razonables. Las indicaciones, los resultados, los aspectos técnicos y de manejo endovascular de la IC se revisan en el presente artículo. Se presenta también un algoritmo para el manejo clínico de la IC en pacientes con enfermedad oclusiva infrapoplítea.

Comentario

El artículo expone de manera clara y sistemática la forma en que tratan la IC de los miembros inferiores a nivel de vasos tibiales, mediante distintos procedimientos endovasculares. Comentan su experiencia técnica a nivel infrapoplítea y dan una serie de pautas en cuanto a material y pequeños trucos que normalmente no se cuentan en este tipo de trabajos y que pueden ser muy útiles tanto a grupos de cirujanos vasculares que se inician en estos procedimientos como a aquellos que, aun con experiencia, desean contrastar su modo de actuar con el de otros y así sacar sus propias conclusiones.

Hacen un repaso de los principales procedimientos endovasculares habituales a nivel infrapoplítea y comentan las peculiaridades técnicas de cada uno de ellos; comienzan por la angioplastia transluminal percutánea (ATP) simple de las lesiones localizadas y continúan con lesiones más complejas, pasando por los *stents* autoexpandibles y los montados sobre balón, y dedican especial atención a las vías de abordaje y el material empleado, tanto en cuanto a su longitud como a su calidad. Dedican una buena cantidad de líneas a algo muy importante en todo procedimiento endovascular, como es la colocación del introductor y su posi-

ción con respecto a la lesión que tratar; destaca el hecho indudable de que la punta de este debe posicionarse lo más cerca posible de la lesión. Se describen detalles técnicos que no por simples debemos dejar de tener siempre en cuenta.

No debemos olvidar que en la mayoría de las ocasiones el éxito de cualquier procedimiento dependerá de la vía de abordaje que escojamos y de la capacidad para transmitir una fuerza de empuje óptima a una guía adecuada, que va a soportar un catéter de forma y longitud apropiadas. En definitiva, atravesar o no la lesión, piedra angular de todo procedimiento, dependerá de seguir una sistemática adecuada y de emplear una técnica depurada, tal como se expone con detalle en este artículo.

Por otra parte, no se limita a describir una serie de técnicas, sino que las adecúa a la situación clínica del paciente, para lograr el objetivo último del cirujano vascular que debe ser no tanto la permeabilidad del procedimiento a largo plazo, sino la cicatrización de las lesiones y el salvamento de la extremidad. De todas formas, antes de pasar a describir los detalles técnicos de cada uno de los procedimientos, se hace un repaso breve, aunque muy útil y actualizado, de distintos trabajos y estudios que muestran los resultados del tratamiento endovascular de la IC a nivel infrapoplítea, comparando unas técnicas con otras y con los resultados obtenidos mediante cirugía de *bypass* a vasos tibiales.

Así hacen una serie de comentarios acerca del estudio BASL, publicado en 2005, donde se comparan los resultados obtenidos del *bypass* con los de la angioplastia en el tratamiento de la isquemia grave de miembros inferiores. No se encontró ninguna diferencia significativa entre los dos brazos del estudio con respecto a la supervivencia libre de amputación a 2 años. La mayoría de los pacientes en el grupo de angioplastia (80%) tenían lesiones en la arteria femoral superficial y el 62% de los pacientes en el grupo de cirugía de *bypass* se sometieron a más puentes distales. El seguimiento a largo plazo y el análisis de subgrupos señalan que la cirugía sigue siendo la mejor opción para los pacientes con una vena adecuada, a pesar de que se informa de una disminución del número de procedimientos quirúrgicos debido a una mejora del tratamiento médico y de las técnicas endovasculares.

Hacen referencia a un trabajo de Faglia et al, quienes evaluaron la angioplastia primaria en pacientes diabéticos con IC. En su grupo de 993 pacientes, el 31,8% sólo tenía

lesiones del eje infrapoplíteo y el 61,4% tenía lesiones en los segmentos femoropoplíteo e infrapoplíteo. La tasa de éxito de la mayoría de los pacientes sometidos a angioplastia con balón a nivel poplíteo y proximal fue significativamente superior a la de las lesiones infrapoplíteas. Independientemente, la permeabilidad primaria de los vasos tratados con éxito a los 5 años fue del 88% y el salvamento de la extremidad se logró en más del 98% de los pacientes.

Por último comentan el reciente metaanálisis de 30 artículos de Romiti et al, donde se estudió el éxito técnico inmediato, la permeabilidad primaria y secundaria, el salvamento de la extremidad y la supervivencia de los pacientes tratados con ATP infrapoplíteo. Estos fueron comparados con los puntos finales similares en los pacientes trata-

dos con injertos de *bypass* con vena. El metaanálisis mostró que la pérdida de tejido y la diabetes estaban relacionadas con el resultado ($p < 0,002$). Hay una diferencia significativa en las tasas de permeabilidad entre el *bypass* de vena y la ATP (el 72,3 frente al 48,6% $p < 0,05$), pero las tasas de salvamento de la extremidad son similares a los 3 años (el 82,3 frente al 82%).

Para terminar, los autores elaboran un algoritmo que considero muy útil, por su simplicidad, para el tratamiento de este tipo de lesiones.

L. M. Salmerón

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar,
Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España
Correo electrónico: jperez63@gmail.com*