



# Angiología

www.elsevier.es/angiologia



## CARTA AL DIRECTOR

### A propósito del tratamiento del tronco braquiocefálico

#### Presentation of treatment of the brachiocephalic trunk a pres

La afectación aterosclerótica del tronco braquiocefálico (TBC) es poco frecuente, y en la mayoría de casos asintomática. Las indicaciones de tratamiento son controvertidas dada la complejidad del territorio vascular extracranial y la presencia de abundante circulación colateral, que hace difícil predecir la repercusión clínica que pueda tener una lesión morfológica. Como norma general únicamente se indica el tratamiento en los casos sintomáticos, aunque también puede estar indicado para preservar el flujo de entrada a una cirugía de derivación (axilofemoral o coronaria) y también en casos de endarterectomía carotídea ipsilateral. Siendo así, tratando únicamente estos casos, no resulta fácil tener una experiencia dilatada.

La cirugía de derivación ha obtenido excelentes resultados, aunque tanto los procedimientos transtorácicos como los extratorácicos no dejan de tener una morbimortalidad significativa. En los últimos años las técnicas endovasculares se han ido estableciendo como la primera opción. Los resultados publicados de series así lo avalan, tanto por los resultados iniciales de permeabilidad como por su menor morbimortalidad.

Desde el primer caso de angioplastia transluminal percutánea (ATP) de ramas del arco aórtico publicado en 1980, la introducción del stent en este mismo territorio a principios de los años 90 pretendía tratar fallos técnicos o complicaciones de la ATP, aumentar la tasa de éxito inicial en el caso de obstrucciones y proteger de la embolización de material trombótico o ateromatoso.

La mayoría de los estudios son retrospectivos<sup>1-3</sup>, salvo algunas series prospectivas que incluyen pocos casos del TBC<sup>4-6</sup>. No hay estudios aleatorizados que comparen la ATP simple con el stent, ni tampoco este con la cirugía abierta. Mientras en muchos casos podría ser suficiente con una angioplastia simple, en la mayoría se implanta un stent, a pesar de ser una medida no apoyada por una evidencia clara. La mayoría de lesiones tratadas son estenosis, siendo el abordaje femoral el más utilizado, aunque un abordaje más directo, ya sea humeral o carotídeo, puede ofrecer más garantías de éxito técnico, sobre todo en casos de obstrucción.

Sin una indicación claramente establecida, las revisiones más relevantes revelan la ausencia de medidas de neuroprotección durante la realización del procedimiento, en parte justificado por la dificultad técnica del uso de estos dispositivos en este territorio y también por la baja tasa de ictus, en torno al 1%<sup>6</sup>.

En conclusión, el tratamiento endovascular es el tratamiento inicial más recomendado, aunque la elección de la técnica a elegir, ya sea ATP simple o stent, carece de evidencia de nivel I, pero ambas obtienen excelentes resultados técnicos y clínicos. La preferida por la mayoría es el *stent* de entrada, siendo el balón-expandible el más usado. Las endoprótesis cubiertas pueden ser una alternativa, presentando los inconvenientes de un mayor precio y que necesitan un introductor de mayor calibre. Con referencia al artículo, entre las ventajas de estas no hay evidencia que permita afirmar que disminuyen el riesgo de ictus debido a embolización y de rotura de la pared arterial.

#### Bibliografía

1. Paukovits TM, Lukács L, Bérczi V, Hirschberg K, Nemes B, Hüttl K. Percutaneous endovascular treatment of innominate artery lesions: a single-centre experience on 77 lesions. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010;40:35-43.
2. Van Hattum ES, de Vries JP, Lalezari F, van den Berg JC, Moll FL. Angioplasty with or without stent placement in the brachiocephalic artery: feasible and durable? A retrospective cohort study. *J Vasc Interv Radiol.* 2007;18:1088-93.
3. Hüttle K, Nemes B, Simonffy A, Entz L, Bérczi V. Angioplasty of the innominate artery in 89 patients: experience over 19 years. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2002;25:109-14.
4. Müller-Hülsbeck S, Both M, Charalambous N, Schäfer PJ, Heller M, Jahnke T. Endovascular treatment of atherosclerotic arterial stenoses and occlusions of the supraaortic arteries: mid-term results from a single center analysis. *Rontgenpraxis.* 2007;56:119-28.
5. Przewlocki T, Kablak-Ziembicka A, Pieniazek P, Musialek P, Kadzielski A, Zalewski J, et al. Determinants of immediate and long-term results of subclavian and innominate artery angioplasty. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2006;67:519-26.
6. Sullivan TM, Gray BH, Bacharach JM, Perl 2nd J, Childs MB, Modzelewski L, et al. Angioplasty and primary stenting of the subclavian, innominate, and common carotid arteries in 83 patients. *J Vasc Surg.* 1998;28:1059-65.

Á. Torres Blanco

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular,  
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España  
Correo electrónico: torres.alv@gva.es