



CARTAS AL DIRECTOR

Panorama actual e implicaciones clínicas del registro multicéntrico pELVIS para el tratamiento de aneurismas de la bifurcación iliaca mediante el dispositivo de rama iliaca[☆]



Insights and clinical implications of the multicentre pELVIS registry for the treatment of aneurysms of the iliac bifurcation using the iliac branch device

Sr. Director:

El registro pELVIS es el análisis multicéntrico y retrospectivo de uso de dispositivos de rama iliaca (IBD) para el tratamiento endovascular de aneurismas ilíacos y aorto-ilíacos más grande hasta la actualidad. Le escribimos con el objetivo de sintetizar la evidencia científica y los resultados del IBD dentro y fuera de las instrucciones de uso (IFU) del registro pELVIS.

La importancia de la preservación de la arteria iliaca interna (AII) durante la reparación endovascular de aneurisma aórtico (EVAR) ha sido previamente evaluada¹. En ese sentido, la colocación de IBD representa una de las opciones endovasculares más populares cuando sea anatómicamente viable^{2,3}. El primer artículo del registro pELVIS que informó sobre los resultados de los IBD para el tratamiento de aneurismas aórticos y aorto-ilíacos (pELVIS) incluyó a 575 pacientes sometidos a 650 implantaciones de IBD. La experiencia recogida de estos primeros 6 centros europeos fue publicada por Donas KP et al. en 2017⁴. Los resultados a medio plazo fueron favorables y prometedores en términos de seguridad, viabilidad y permeabilidad. Ese mismo año 3 centros universitarios adicionales de Lille, Hamburgo y Leipzig se unieron al registro.

La limitación más frecuente para el uso de IBD es la presencia de una AII aneurismática⁵. En ese caso es necesario el sellado distal a nivel de la arteria glútea superior o una de las ramas principales de la AII para evitar las fugas. La experiencia en 264 pacientes con aneurismas coexistentes de la AII dentro del registro pELVIS proporcionará datos

relevantes sobre el rendimiento del IBD en dicha anatomía específica.

El tratamiento endovascular de aneurismas aislados de la arteria iliaca común (AIC) mediante el uso de IBD sin extensión a la aorta infrarrenal está fuera de las IFU. Sin embargo, es factible si se consigue un sellado mínimo de 1 cm en la AIC. El análisis por subgrupos de Fargion et al. del registro pELVIS mostró resultados similares amenorando los costes, la irradiación total y el uso de contrastes yodados. La experiencia multicéntrica mediante esta técnica particular está pendiente de publicación en el *Journal of Vascular Surgery* a lo largo de este año.

En general, el uso de IBD para el tratamiento endovascular de aneurismas aorto-ilíacos ha mostrado bajas tasas de complicaciones y reintervenciones mostrando una amplia aplicabilidad de esta técnica incluso fuera de IFU con algunos matices. Sin embargo, es necesario un análisis adicional de los resultados a largo plazo para amparar el rendimiento global de dicha técnica endovascular.

Appendix A. Anexo 1

Colaboradores del registro pELVIS

Münster, Alemania: Martin Austermann; Florencia, Italia: Walter Dorigo; San Camillo Forlanini, Roma, Italia: Piergiorgio Cao y Ciro Ferrer; Tor Vergata, Roma, Italia: Arnaldo Ippoliti y Matteo Barbante; Salónica, Grecia: Georgios A. Pitoulis; Perugia, Italia: Fabio Verzini, Gianbattista Parlani y Gioele Simonte; Hamburgo, Alemania: Tilo Köbel y Nikolaos Tsilimparis; Lille, Francia: Stephan Haulon, y Leipzig, Alemania: Daniela Branzan y Andrej Schmidt.

Bibliografía

1. Lin PH, Chen AY, Vij A. Hypogastric artery preservation during endovascular aortic aneurysm repair: Is it important? *Semin Vasc Surg.* 2009;22:193–200.
2. Bekdache K, Dietzek AM, Cha A, Neychev V. Endovascular hypogastric artery preservation during endovascular aneurysm repair: A review of current techniques and devices. *Ann Vasc Surg.* 2015;29:367–76.
3. Oderich GS, Greenberg RK. Endovascular iliac branch devices for iliac aneurysms. *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther.* 2011;23:166–72.
4. Donas KP, Inchingolo M, Cao P, Pratesi C, Pratesi G, Torsello G. Secondary procedures following iliac branch device treatment of aneurysms involving the iliac bifurcation: The pELVIS Registry. *J Endovasc Ther.* 2017;24:405–10.

[☆] Más información sobre los colaboradores del registro pELVIS están disponibles en el Anexo 1.

5. Karthikesalingam A, Hinchliffe R, Holt P, Boyle J, Loftus I, Thompson M. Endovascular aneurysm repair with preservation of the internal iliac artery using the iliac branch graft device. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010;39:285–94.

G.T. Taneva^{a,*}, G. Torsello^b y K.P. Donas^{a,b}

^a *Investigación Clínica, Departamento de Cirugía Vascul ar, St. Franziskus Hospital Münster, Münster, Alemania*

^b *Departamento de Cirugía Vascul ar, St. Franziskus Hospital Münster, Münster, Alemania*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.gtaneva@gmail.com (G.T. Taneva).

<https://doi.org/10.1016/j.angio.2018.06.003>

0003-3170/

© 2018 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentario Editorial



Editorial Comment

Sr. Director:

Leo con interés el artículo editorial publicado en el n° 4 de *Angiología* sobre “La formación, la industria y las sociedades científicas”¹ y no puedo estar más de acuerdo, pero también tenemos que reconocer que hubo y hay gran parte de culpa en el colectivo médico que ha sido el principal impulsor de ser el primer en implantar nuevos productos o “dejarse comprar” para salir en nuevos manuscritos o artículos. Ha habido quien vende su independencia y rigor por motivos económicos (dinero) o por protagonismo. Por ello, todo comité científico debería exigir hoy día en cualquier presentación de congresos una declaración de intereses (disclosures) que pueda ayudar a entender mejor su mensaje.

Yo ya soy muy mayor, pero los más jóvenes deberían recurrir en algunas circunstancias la cirugía convencional que en determinadas situaciones muestra que los resultados a largo plazo son iguales o mejor que las técnicas endovasculares y mucho más baratas.

Como curiosidad comento que hace meses presenté un artículo en una revista internacional sobre implantación de

reservorios (600 casos) para tratamiento quimioterápico y me lo rechazaron porque en el 80% de los casos el abordaje de la vena cefálica fue quirúrgico abierto y aunque conllevó CERO complicaciones intraoperatorias, la razón de su rechazo fue que “eso ya no se hacía porque la mayoría (radiólogos, oncólogos y otros) lo hacía por punción venosa”. Es lo que hay y lo lamentable es que condiciona hasta a los comités editoriales. Lo importante no son los resultados, sino lo que se emplea y cómo. En fin, es la dictadura de la industria y la pervisión de quienes deberían garantizar la independencia.

Bibliografía

1. González-Fajardo JA. La formación, la industria y las sociedades científicas. *Angiología.* 2018;70:141–2.

Ángel Barba Vélez

Doctor en Medicina y Cirugía Especialista en Angiología y Cirugía Vascul ar Bilbao (Vizcaya)

Correo electrónico: angel.barbavelez@osakidetza.net

<https://doi.org/10.1016/j.angio.2018.07.001>

0003-3170/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEACV.