

Editorial

Cordura, medida y ciencia

Dr. Guillermo A Rojas Reyna, FACS*

Recientemente con el advenimiento y la moda de la cirugía endovascular, se ha comentado en algunos foros sobre las posibles ventajas y desventajas de esta cirugía de alta tecnología, sobre todo desde el punto de vista costo-beneficio enfocado a nuestra realidad nacional.

Particularmente creo que antes de preocuparnos por el aspecto costo-beneficio de la cirugía endovascular debemos de estar convencidos científicamente sobre los privilegios reales de esta cirugía de alta tecnología en pro de nuestros pacientes, ya que hasta el momento actual, la gran mayoría de los reportes tanto en la literatura nacional como internacional son meramente anecdóticos, siendo pocos o escasos los estudios prospectivos, aleatorios y doble ciegos con un valor científico real y aun estos carecen de seguimiento a largo plazo.

Por ejemplo: En el segmento aorto-iliaco, son indudables los frutos de la angioplastia, pero exclusivamente en estenosis cortas de la iliaca común con cifras de permeabilidad primaria a tres años de 60-70%, donde la gran mayoría de estos enfermos son claudicadores que sólo requerirían de ejercicio y abstinencia del tabaco y en caso de realmente necesitar alguna intervención, las cifras de permeabilidad primaria de una derivación aorto-bifemoral o ilio-femoral son de 80-85% a cinco años.¹

En el segmento arterial femoro-poplíteo los resultados de permeabilidad primaria de la angioplastia aún con el empleo de férulas o «stents» no van más allá del 22% a un año,² en comparación con las cifras de permeabilidad primaria de un puente femoro-poplíteo de 75% a un año y 60% a tres años con material protésico³ y hasta de 70-75% a cinco años con vena safena.⁴

Es indudable el gran entusiasmo que recientemente ha surgido con la angioplastia carotídea en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular, pero por el momento las cifras de morbi-mortalidad operatoria prácticamente duplican⁵ a los resultados de la endarterectomía carotídea reportados por los estudios NACET y ACAS,⁶ por lo que actualmente están en desarrollo los protocolos CREST y CASET donde se valorará la utilidad real de la angioplastia carotídea, esperando obtener resultados en dos a tres años.⁷

En relación a las prótesis endovasculares para el tratamiento de los aneurismas aórticos abdominales, los estudios multicéntricos en fase I y II,⁸ han mostrado que a pesar de que las cifras de mortalidad operatoria son equiparables y hasta menores a las de la cirugía convencional, no todos los aneurismas son susceptibles de esta variedad terapéutica, se requiere de conversión a cirugía abierta hasta en un 20% de los casos, la morbilidad técnica y operatoria no es despreciable, manifestada tanto por microateroembolizaciones distales, laceraciones y rupturas arteriales, fracturas de la férula metálica, fugas peri-injerto e inclusive con reportes de ruptura aneurismática tardía,^{9,10} que posiblemente se resuelvan con el avance tecnológico; pero lo más preocupante a futuro es la dilatación del cuello proximal, por lo que esta tecnología requiere indudablemente la prueba del tiempo y los pacientes de un seguimiento exhaustivo y costoso.

Es importante recalcar tanto a nuestros colegas como a los jóvenes residentes, que en nuestra bella profesión tratamos enfermos y no radiografías, evitar ser víctimas de la presión comercial y aunque debemos tener la mente abierta al progreso, recordar dos viejos refranes mexicanos «no por mucho madrugar amanece más temprano» y «andar con pies de plomo».

Finalmente concluir que como todo en la vida, principalmente en la Medicina, lo más importante

* Profesor Adjunto de Cirugía, UNAM. Coordinador de Cirugía Vascular, Hospital ABC.

es mantener «Cordura», «Medura», pero sobre todo «Ciencia».

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballard JL, Bergan JJ, Singh P, Yonemoto H, Killen D. Aortoiliac stent deployment versus surgical reconstruction: Analysis of outcome and cost. *J Vasc Surg* 1998; 28: 94-103.
2. Gray BH, Olin JW. Limitations of percutaneous transluminal angioplasty with stenting for femoropopliteal arterial occlusive disease. *Semin Vasc Surg* 1997; 10: 8-16.
3. Abbott WM. Prosthetic above-knee femoral-popliteal bypass: Indications and choice of graft. *Semin Vasc Surg* 1997; 10: 3-7.
4. Wilson YG, Wyatt MG, Curie IC. Preferential use of vein for above-knee femoropopliteal grafts. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995; 10: 220-225.
5. Porter JM. Vascular surgery. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 247-262.
6. Rojas G, Kleriga E, Chiapa M, Cervantes J, Alvarez G, Collado MA, Arcos L, Colin V, Ramírez O. Endarterectomía carotídea en el Hospital American British Cowdray. *Rev Mex Angiol* 1997; 25: 7-11.
7. Hobson RW. Status of carotid angioplasty and stenting trials. *J Vasc Surg* 1998; 27: 791.
8. Moore WS, Rutherford RR. Transfemoral endovascular repair of abdominal aortic aneurysm: Results of the North American EVT phase I trial. *J Vasc Surg* 1996; 23: 543-553.
9. Alimi YS, Chakfe N, Rivoal E, Slimane KK, Valerio N, Riepe G, Kretz JG, Juhan C. Rupture of an abdominal aortic aneurysm after endovascular graft placement and aneurysm size reduction. *J Vasc Surg* 1998; 28: 178-183.
10. Torsello GB, Klenk E, Kasprzak B, Umscheid T. Rupture of abdominal aortic aneurysm previously treated by endovascular stentgraft. *J Vasc Surg* 1998; 28: 184-187.

Correspondencia:

Dr. Guillermo A Rojas Reyna, FACS

Hospital ABC.

Av. Observatorio y Sur 136 - Consultorio 508

Col. Américas

01120. México, D. F.

Tel: 5272-3410

Fax: 5516-9970

E-Mail: MDrrojas@hotmail.com