

EDITORIAL

La disyuntiva del cirujano vascular frente a la radiología intervencional

En noviembre de 1996 publicamos en la Revista Médica de Chile un artículo titulado: Quo Vadis cirugía arterial: ¿Convencional o Radiológica Intervencional? Nos parece que este artículo fue el primero en la literatura nacional en advertir la existencia de un cambio en la cirugía arterial.

En la actualidad, aparece claramente que el futuro de la cirugía vascular se encuentra íntimamente ligado al desarrollo de la llamada "cirugía endovascular" y yendo más lejos, a la Medicina Vascular Intervencional (farmacológica vía catéteres arteriales).

Es interesante anotar que el cambio potencial de la cirugía vascular se encontraba implícito en la radiología arterial. En los tiempos en que los propios cirujanos vasculares inyectábamos el medio de contraste en la aorta, en la arteria femoral o en la carótida (1960 a 1980), los radiólogos tenían un rol absolutamente pasivo en la obtención de las angiografías, reconociéndoles su entusiasmo y destreza para cambiar las placas por falta de seriógrafos adecuados.

La aparición de la técnica de Seldinger por cateterismo intraarterial, marcó el comienzo de la Radiología Intervencional en nuestro medio. En los años 1981 y 1982, los Drs. Silvia Lobo y Mario Fava, practicaron las primeras angioplastias percutáneas en el Hospital Militar. En los años posteriores se asistió al lento y paulatino cambio en los actores de la escena radiológica vascular, con el inocente beneplácito de los cirujanos, que al no efectuar angiografías tenían más tiempo para las labores propiamente quirúrgicas. Este relativo abandono de la radiología arterial por parte de la mayoría de los cirujanos, abrió el campo para el "intervencionismo" de los radiólogos, conjuntamente con los cardiólogos, neurólogos y otros especialistas.

Si analizamos los antecedentes "curriculares" de la radiología intervencional, vemos que en 1964 Dotter y Judkins fueron los primeros en efectuar una "angioplastia percutánea transluminal", iniciándose la era moderna de este procedimiento en 1974 con Gruntzig y Hopff, quienes utilizaron un catéter con un balón de doble lumen expandible.

Desde 1980, la literatura extranjera es abundante en trabajos sobre cirugía radiológica intervencional, para dilatar desde la aorta abdominal a las arterias ilíacas y los miembros inferiores, incluyendo las arterias braquiocefálicas, las carótidas internas, las vertebrales, las arterias mesentéricas y renales.

En esta cirugía arterial intervencional en la primera mitad de la década de los 80, la mayor parte de las intervenciones han sido practicadas por radiólogos. Sin embargo, con la primera implantación de una prótesis por vía transfemoral para el tratamiento de un aneurisma aórtico efectuada por Parodi en 1991, los cirujanos vasculares comienzan a alcanzar un protagonismo decidor en la "cirugía endovascular mayor" como la mencionada.

En este momento cabe plantearse la discusión sobre la "Disyuntiva del Cirujano Vascular frente a la Radiología intervencional.

¿Quiénes deben efectuar esta cirugía radiológica intervencional a través de un catéter endovascular, los radiólogos o los cirujanos vasculares?

Los primeros cuentan con la oportunidad única de enfrentarse con estenosis arteriales en el curso de sus angiografías y de ceder a la tentación de efectuar una angioplastia, en ocasiones de una lesión asintomática en un paciente enviado sólo para información radiológica.

Este alcance más bien anecdótico y no peyorativo, posiblemente no corresponde a la actualidad, en que los radiólogos intervencionales siguen indicaciones establecidas. Ellos argumentan que la angioplastia tiene un menor costo económico y en términos de morbilidad y mortalidad. En estudios efectuados en el

extranjero se establece que el costo inicial de la angioplastia transluminal, es 18 a 20% menor que los de la cirugía convencional, por el ahorro en los días de hospitalización y anestesia, permitiendo su práctica en enfermos ambulatorios. Por otro lado, los cirujanos vasculares argumentan que la reconstrucción arterial tiene mayor durabilidad y mejor respuesta hemodinámica, no importando el grado de extensión de la enfermedad oclusiva.

La "cirugía endovascular mayor" como es la implantación de una prótesis endoluminal para el tratamiento de los aneurismas, permite delimitar la extensión de los campos de acción de los cirujanos vasculares y los radiólogos intervencionistas. En este sentido debemos hacer la pregunta: ¿cuál de estos dos especialistas debería efectuar la implantación protésica en la aorta? Los cirujanos vasculares piensan que, considerando el riesgo presente, la intervención debería practicarse en un pabellón quirúrgico, por un cirujano vascular bien entrenado en la cirugía endovascular y convencional. En opinión de Abbot, esta operación ofrece la oportunidad para que los representantes de estas dos disciplinas planeen conjuntamente la ejecución de la técnica endovascular.

Moore, opina que la operación idealmente debe ser practicada por cirujanos con la colaboración de radiólogos intervencionistas. El cirujano tiene la responsabilidad del estudio clínico del paciente, además de su indicación operatoria y evaluación de los riesgos. Por otra parte, el radiólogo deberá encargarse de los estudios por imágenes del aneurisma, bastante más complejos que los necesarios para la cirugía abierta del mismo. De esta acción conjunta, se decidirá si el paciente es candidato a cirugía convencional o de implantación de prótesis vía transfemorales. En el pabellón, el cirujano expone la arteria femoral y la colocación del catéter y la vaina de la prótesis se hará en forma conjunta por el cirujano y el radiólogo, interviniendo también este último en otras manipulaciones o en el acceso percutáneo por la femoral opuesta para instalar un segundo balón-catéter de angioplastia. La presencia de un cirujano puede ser de vital importancia en el caso de sangrado aórtico, complicación fuera del alcance del radiólogo.

Todo lo expuesto es válido en relación con las técnicas endovasculares arteriales de los miembros, pero en este caso podemos presumir que los cirujanos vasculares en su mayoría, han ido calificándose para efectuar angioplastias, con o sin colocación de *stents*, prescindiendo de la colaboración de los radiólogos intervencionistas. En este tipo de "intervencionismo" los cirujanos ofrecen la ventaja de tener la experiencia clínica y el conocimiento de la patología de la insuficiencia arterial. Gran relevancia alcanza lo que antecede, cuando se trata de una angioplastia complementaria en el curso de una operación arterial convencional: por ejemplo, una angioplastia ilíaca y puente fémoro-poplíteo. El cirujano deberá tener la capacidad de efectuar la parte endovascular de la intervención, o en caso contrario, solicitar la colaboración del radiólogo intervencionista.

Los años 90 han visto el énfasis puesto en el desarrollo de instrumentos que minimizan los procedimientos quirúrgicos, como es la cirugía intervencional. Esto hace que los cirujanos vasculares enfrentan los mismos desafíos que la laparoscopia ha representado para los cirujanos generales y la angioplastia coronaria, para los cirujanos cardíacos.

En este afán endovascular, los cirujanos han tenido que aprender el manejo de múltiples instrumentos y dispositivos complejos, en especial para la cirugía de los aneurismas aórticos. A su vez, el desarrollo de esta tecnología ha significado una verdadera conmoción en la perspectiva de la FDA (Agencia para el control de alimentos y drogas de Estados Unidos) para validar la seguridad de los instrumentos utilizados. Así por ejemplo, la FDA ha notificado que la angioplastia y colocación de *stents* en carótidas expone a los pacientes a un riesgo significativo y que esta técnica debe ser más investigada por un grupo de cirugía vascular acreditado por la División de Instrumentos Cardiovasculares de esa Agencia.

En el extranjero la docencia en cirugía vascular incluye las prácticas endovasculares, como ya se observa curiosamente en forma algo cautelosa en el American Board of Surgery, que establece en el curriculum la inclusión de "experiencia" en procedimientos endovasculares. Asimismo, la European Board of Surgery en marzo de 2000, establece programas para confeccionar guías para el entrenamiento en cirugía endovascular. Igualmente, la certificación de los cirujanos vasculares en Australia y Nueva Zelanda incluye también la práctica de cirugía endovascular.

En agosto de 1999 fue fundada en Buenos Aires por el Dr. J.C. Parodi la Sociedad denominada C.E.L.A. (Cirujanos Endovasculares de Latinoamérica). Es importante hacer notar que esta Sociedad está orientada a seguir el movimiento europeo que promueve la difusión de las técnicas endoluminales no sólo para los cirujanos vasculares, sino que en su convocatoria incluye a los Radiólogos, Cardiólogos, Instrumentadoras, Enfermeras, Tecnólogos, Bioingenieros y "todos los profesionales de la salud que tengan interés o trabajen en técnicas intervencionistas endoluminales".

Lo expuesto no es más que el preámbulo latinoamericano de la Medicina Vascular Intervencional, comparable a nuestra antigua Angiología, sólo que ahora estará basada en una Terapéutica Vascular multidisciplinaria, que reunirá a diferentes especialistas para efectuar tratamientos tan diversos como los farmacológicos orientados a promover la angiogénesis y la braquiterapia intravascular para la inhibición de la proliferación neointimal que produce estenosis del vaso, entre muchas otras terapias vía catéteres endoluminales.

En suma, comenzaron a borrarse los límites definidos entre la cirugía vascular tradicional y una nueva Medicina Vascular que amenaza con ser terapéuticamente agresiva y limitadora de las indicaciones operatorias propiamente tales.

Los cirujanos vasculares en Chile deben estar atentos a estos cambios en la modalidad de su práctica diaria, deseando que la condición insular de nuestro país dé tiempo para la adaptación a esta nueva ola de acciones terapéuticas y no se produzca una confusión de decisiones frente al enfermo vascular.

Dr. RAÚL DOMÍNGUEZ ASENJO