

Endoprótesis vasculares fenestradas

Carlos H. Timaran¹

La reparación endovascular de los aneurismas aórticos constituye uno de los avances más notables y sobresalientes en la cirugía vascular. Desde 1991, cuando Parodi describió los primeros casos realizados en la ciudad de Buenos Aires, el avance de la terapia endovascular de aneurismas ha sido incesante y hoy en día existen opciones endovasculares para aneurismas de todas las zonas aórticas. Los aneurismas de aorta abdominal infrarrenal y los de aorta descendente son tratados actualmente de forma rutinaria con terapias endovasculares. Las viejas controversias sobre el papel de la cirugía abierta han quedado atrás, incluso para pacientes jóvenes y de bajo riesgo, ya que los resultados a corto y largo plazo del tratamiento endovascular han sido más que demostrados. El problema radica en la selección de los pacientes. Como lo explican Schantzer y col. en su notable publicación, las fallas de la terapia endovascular ocurren principalmente cuando el cuello proximal es inadecuado. En este sentido, el uso de endoprótesis fenestradas constituye el tratamiento óptimo para pacientes con aneurismas complejos y cuello inadecuado. El trabajo de Ferreira y col.¹ en el presente ejemplar de la *Revista Argentina de Cirugía* demuestra cómo la reparación endovascular fenestrada es segura y eficaz en los casos de aneurismas complejos y yuxtarrrenales. Su contribución es también un testimonio de cómo es posible adoptar técnicas sofisticadas y complejas dentro de una práctica juiciosa y dedicada al manejo integral de la patología aórtica.

Aunque la reparación endovascular fenestrada ha crecido enormemente en los últimos años, incluso en los Estados Unidos con la aprobación por la FDA (*Food and Drug Administration*) de la primera endoprótesis fenestrada en el año 2012, los interrogantes sobre su aplicabilidad y duración persisten. Recientemente, varias endoprótesis estándar, incluso algunas que llevan varios años en el mercado, han ganado aprobación para usarse en la reparación de aneurismas con cuellos cortos, incluso de menos de 10 mm, y anchos, de más de 28 mm. Sin embargo, la evidencia que justifica esta aprobación es débil y se basa en pequeñas series

con seguimiento a corto plazo. En varias situaciones, la aprobación se ha basado en estudios de laboratorio en los que la fijación, fatigabilidad y duración se evaluaron *in vitro*. Si tenemos en cuenta los hallazgos de Schantzer y col., resulta claro que las fallas en casos de reparación endovascular con cuellos cortos o dilatados no se deben a la endoprótesis sino al progreso de la enfermedad. Es por lo tanto preocupante que prótesis similares a las evaluadas en el estudio de Schantzer sean ahora aprobadas para cuellos muy cortos o anchos. El cirujano vascular debe tener mucho cuidado en su uso, y evitar cuellos enfermos, los cuales pueden identificarse muy fácilmente en las angiogramas computarizadas (angio-TC) actuales. El seguimiento de pacientes con cuellos cortos y anchos debe ser riguroso y a largo plazo para definir la durabilidad y validez de las indicaciones de uso en cuellos de menos de 10 mm de largo o más de 28 mm de ancho. Varios estudios comparativos, preferentemente aleatorizados, son necesarios para comparar la reparación endovascular con endoprótesis estándar vs. fenestradas. En este sentido, las organizaciones científicas de nuestros países deben tomar la vanguardia en el diseño de estos estudios que permitan definir cuál de las terapias es en verdad eficaz y duradera. Quizá la ventaja sobresaliente de la endoprótesis fenestrada es que permite su fijación en una zona de la aorta que sea sana y libre de enfermedad. Obviamente, esta zona debe ser lo suficientemente larga, de dimensiones normales y sin evidencia de enfermedad para obtener resultados óptimos.

La durabilidad de la reparación debe definirse en estudios prospectivos. El entrenamiento necesario para su ejecución, los costos y los efectos secundarios, tanto para la función renal como para la permeabilidad visceral, también deberían estudiarse para definir las mejores condiciones de aplicabilidad. Por lo pronto, los resultados óptimos como los informados por Ferreira y col. son alentadores y muestran que esta tecnología ya es una realidad en la Argentina y en muchos países de Latinoamérica.

1. Chief, Endovascular Surgery
G. Patrick Clagett Professor in Vascular Surgery
Associate Professor of Surgery
University of Texas Southwestern Medical Center

Referencias bibliográficas

1. Ferreira LM, Escordamaglia S, Carnero L, La Mura RA. Tratamiento con endoprótesis fenestradas de aneurismas con anatomía com-

pleja yuxtarrrenal. Rev Argent Cirug 2014;106(4):228-32