



GUÍA CLÍNICA

Guía de actuación en técnicas y procedimientos endovasculares del sector infrainguinal

L.M. Salmerón Febres^{*,1}, B. Al-Raies Bolaños, J.I. Blanes Mompó, G. Collado Bueno, J. Cuenca Manteca, S. Fernandez Gonzalez, J.P. Linares Palomino, C. López Espada, J. Martínez Gámez y J. Serrano Hernando

Recibido el 4 de mayo de 2011; aceptado el 20 de mayo de 2011
Disponible en Internet el 20 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Angioplastia transluminal percutánea;
Isquemia crítica de miembros;
Revascularización distal;
Sector fémoro-poplíteo;
Stent;
Terapia endovascular

KEYWORDS

Percutaneous Transluminal Angioplasty;
Critical limb ischaemia;

Resumen En los últimos años las técnicas de revascularización de los miembros inferiores (MMII) a nivel infrainguinal han cambiado y siguen cambiando a un ritmo considerable, debido al avance de los procedimientos endovasculares, gracias a la aparición de nuevos materiales y de diversos dispositivos, lo que hace que el cirujano vascular se enfrente a todo un arsenal variado que debe conocer, saber sus indicaciones, así como sus bondades e inconvenientes, de la misma forma que debe saber estar al día de los estudios que avalen los resultados de estas técnicas.

Es por eso que el Capítulo Endovascular de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) decidió elaborar una guía de los diferentes procedimientos endovasculares para la revascularización y tratamiento de los diferentes sectores del árbol vascular, coordinada por su comité científico. En el presente artículo se desarrolla esta guía, en referencia al sector infrainguinal, realizando una actualización y puesta al día de los diferentes procedimientos, vías de abordaje, técnicas, materiales y dispositivos. El objetivo es ofrecer al cirujano vascular una visión global y actualizada de los distintos procedimientos que se pueden llevar a cabo en los MMII, para poder así ofertar a los pacientes la mejor opción en cada caso y poder lograr la mejor tasa de éxitos posible, apoyados en el concepto de emplear el método de la medicina basada en la evidencia.

© 2011 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Guidelines on infrainguinal endovascular techniques and procedures

Abstract In the last few years infrainguinal revascularisation techniques on the lower limbs have changed and continue to change at considerable speed due to advances in endovascular procedures. This is mainly due to the appearance of new and diverse materials and devices, which now means that vascular surgeons are currently faced with a varied armamentarium that they must be familiar with, know their indications, as well as their limits and disadvantages. Likewise, they must keep up to date with studies that support the results of these techniques.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lmsalmeron@yahoo.es (L.M. Salmerón Febres).

¹ coordinador.

Distal
revascularisation;
Femoral-popliteal
sector;
Stent;
Endovascular
treatment

It is for these reasons that the Endovascular Chapter of the Spanish Angiology and Vascular Surgery (SEACV) decided to prepare a guide of the different endovascular procedures for the revascularisation and treatment of different sectors of the vascular tree, which was coordinated by its Scientific Committee. The present article describes this guide as regards the infrainguinal sector, reviewing and updating the different procedures, approaches, techniques, material and devices. The aim is to provide the vascular surgeon with an overall and updated view of the different procedures that can be performed on the lower limbs, in order to offer patients the best option in each case and to achieve the best possible success rate, supported by the concept of using a medical evidence-based method.

© 2011 SEACV. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La aplicación de las técnicas endovasculares en el sector infrainguinal ha supuesto un cambio en el concepto del tratamiento de la arteriosclerosis obliterante del sector fémoro-poplíteo (FP), ya que la mayoría de los autores hablan de tasa de salvación de extremidad en vez de permeabilidad. Con la aplicación de las distintas técnicas de revascularización (angioplastia simple, recanalización subintimal, *stenting*, atrectomía, etc.), lo que buscamos es lograr la perfusión suficiente del pie, para curar una lesión trófica o mejorar el estadio clínico del paciente. La posibilidad de realizar la mayoría de estos procedimientos con anestesia local y con técnicas menos invasivas ha hecho que cada vez se vayan abriendo paso con más fuerza, hasta formar parte del arsenal terapéutico del cirujano vascular y que dispositivos como guías y catéteres no nos sean ajenos. Sin embargo, para que estos procedimientos tengan los resultados adecuados, debemos saber la evidencia que nos muestra la literatura y de ahí que sea preciso elaborar unas guías actualizadas, que nos muestren el camino a seguir.

En la actualidad, son diversas las técnicas que podemos utilizar para tratar una lesión en este sector y el arsenal terapéutico y los dispositivos que podemos encontrar son numerosos, de ahí que sea preciso elaborar una guía que sirva para orientarnos en la elección de aquello que en nuestro medio y con nuestra experiencia sea más adecuado. La intención en la redacción de este documento de base ha sido la de hacer una puesta al día en un campo tan cambiante y con un desarrollo tan veloz como es el que nos ocupa.

A lo largo de este documento queremos mostrar los avances en los métodos diagnósticos, los diversos dispositivos disponibles, el comportamiento de estos procedimientos en el sector femoral y en el sector distal, las situaciones especiales, como es la diabetes, los procedimientos combinados y los resultados y costes.

Iniciamos este trabajo con unas breves notas a cerca de la biomecánica de la AFS.

Características biomecánicas del tratamiento endovascular de la arteria femoral superficial

La AFS es la arteria periférica más frecuentemente afectada del árbol arterial. Se puede ver implicada en más del 50% de los casos de patología arterial periférica. Sus características anatomofisiológicas la hacen especialmente vulnerable a esta patología:

1. Se trata de uno de los vasos más largos del cuerpo, rodeado de dos puntos importantes de flexión (proximal, la cadera y distal, la rodilla). El movimiento de los MMII somete a la AFS a fuerzas que la obligan a doblarse, a la compresión, la rotación, el acortamiento y la extensión.
2. Tiene pocas colaterales, lo cual hace que desarrolle lesiones más difusas y extensa, y menos cortas y focales que en otros territorios.
3. Las oclusiones predominan sobre las estenosis.
4. El canal de los aductores desarrolla un flujo no laminar, sobre todo cuando se camina, que afecta a las paredes de este sector concreto de la AFS.
5. Se trata de un sector con un bajo flujo y con una salida de alta resistencia.

Todo este entorno crea un ambiente hostil para la implantación de cualquier tratamiento endovascular. *Stents* implantados en otro sector del cuerpo no tienen la misma propensión al fallo y la fractura como en éste. Un estudio reciente con *stent* autoexpandibles de nitinol¹ muestra una tasa de fractura del 24,5% en AFS con un seguimiento del 10,7 meses e incluso la tasa de reestenosis de este sector oscila entre el 30 y el 80%^{2,3}. Se cree que la mayor parte de las reestenosis se deben a una mala interacción entre la funcionalidad, los movimientos naturales de la pierna y los dispositivos implantados que inducen traumatismos repetidos sobre la pared arterial.

Las características biomecánicas del sector femoropoplíteo⁴ son muy específicas. Durante la flexión de la cadera y al doblar la rodilla, la distancia longitudinal entre la cadera y la rodilla disminuye. El segmento arterial se tiene que acortar en longitud hasta en un 15 al 20%: primero se acorta el segmento recto de la AFS, luego se dobla u ondula el segmento más proximal a la rodilla y por último, la arteria poplíteo adopta una posición en C^{5,6}. La implantación de *stents* en estas circunstancias afecta directamente a la rigidez de la arteria e impide esta adaptación natural de la arteria. Los *stents* se acortan y alargan pobremente en comparación con la propia AFS. La longitud de los tratamientos endovasculares en este sector suelen tener de media unos 20 cm. Un acortamiento fisiológico del 15% supone unos 3 cm, a los que se tienen que adaptar los *stents*. Los *wallstent* iniciales resistían mal o débilmente estas situaciones. Las actuales generaciones de *stents* han mejorado bastante su resistencia a estas circunstancias, facilitando una mayor acomodación de las arterias al acortamiento, pero aun así todavía tienen importantes defectos. Cuanto más largos y rígidos son los *stents*, la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867681>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867681>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)