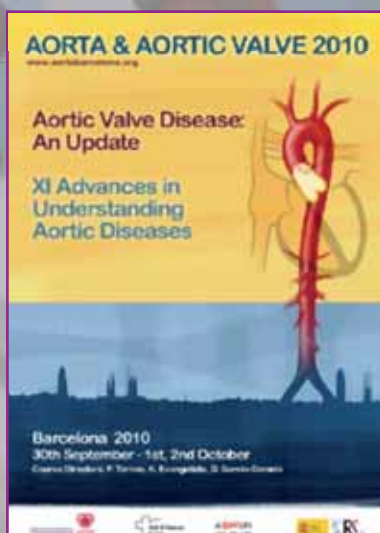


AORTIC VALVE DISEASE: AN UPDATE XI ADVANCES IN UNDERSTANDING AORTIC DISEASES

Entre los días 30 de septiembre y 2 de octubre del 2010. Se han celebrado en Barcelona y dirigidos por Pilar Tornos y Arturo Evangelista las reuniones científicas Aortic Valve Disease: An Update y XI Advances in Understanding Aortic Diseases, con numerosa participación tanto de ponentes y asistentes, tratándose aspectos relevantes de la patología de la válvula aórtica y de la aorta torácica. A las sesiones oficiales se sumaron workshops soportados por casas comerciales. ■



CONTENIDOS

▶ Editorial	3
▶ Entrevista al Dr. Marcelo Cerezo	4
▶ BARD y COVIDIEN se unen al proyecto de Noticias Endovasculares	7
▶ Endoprótesis Anaconda™	9
▶ Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz	10
▶ El nuevo dispositivo de Cook Medical para el tratamiento de las disecciones de aorta tipo B obtiene la marca CE para su uso en la Unión Europea	12
▶ Cook Medical lanza la endoprótesis Zenith® LP, el dispositivo de perfil más bajo para tratar el aneurisma de aorta abdominal (AAA)	13
▶ El Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Clínico de Valladolid implanta el Stent carotídeo ADAPT de Boston Scientific	14
▶ «Nuevo Introducador DrySeal Sheath GORE®» y «Endoprótesis Aórtica E-XL»	16
▶ «Curso de Iniciación en Técnicas Endovasculares Periféricas y Manejo de Dispositivos Silverhawk y Turbohawk» y «ADAPT el nuevo Stent carotídeo de Boston Scientific»	17
▶ Cierres Percutáneos en Cirugía Endovascular	18
▶ «Cateter de dilatación para ATP Vascutrak» y «Acerca de Covidien»	19
▶ «El Dr. Carmelo Gastambide Soma, imparte una conferencia magistral sobre procedimientos híbridos en el tratamiento de la patología de la aorta torácica, en la Universidad de Valladolid» y «AMPLATZSER® Vascular Plug II»	20
▶ Curso Avanzado de Adiestramiento en Técnicas Endovasculares	21
▶ Entrevista al Dr. Rimbau	22



DR. MARCELO CEREZO

CURRICULUM VITAE

El profesor Marcelo Cerezo, es actualmente Profesor Titular de Anatomía y Jefe del Departamento de Ciencias Morfológicas de la Universidad Nacional de la Plata. Es el Director del Instituto Argentino de la Aorta. Es Profesor Asociado de Cirugía Vascular de la Facultad de Medicina de Ciencias Médicas de la Universidad de la Plata. Ex Presidente de la asociación argentina de Angiología y Cirugía Vascular. Ex Presidente de la C.E.L.A. (Cirujanos Vasculares de Latino América).

Dr. Marcelo Cerezo. Es Ud. uno de los cirujanos vasculares más prestigiosos de Argentina y del ámbito latinoamericano con amplia proyección internacional. Quisiéramos saber su opinión sobre algunos aspectos de la situación de la especialidad de angiología y cirugía vascular.

» **¿Como considera en el momento actual la cirugía vascular?: establecida, en progresión o por el contrario en retroceso.**

» Personalmente creo que la cirugía vascular como clásicamente se concibe tiene un futuro incierto. El advenimiento de los procedimientos mínimamente invasivos en todos los territorios del organismo han llevado a modificar los conceptos de los cirujanos más reticentes a estos cambios, y lo que es más importante, del mismo paciente, quien, en épocas actuales tiene acceso por múltiples vías a la información científica. Además, esta irrupción de lo «miniinvasivo» ha llevado a que varias Especialidades Médicas se involucren en nuestros «históricos bastiones de patología y tera-

péutica», por citar un ejemplo en el sector Carotídeo, donde, además del Cirujano Vascular, hoy por hoy, opinan y tratan a estos pacientes Cardiólogos Intervencionistas, Radiólogos Intervencionistas y Neuroradiólogos. La realidad nos está llevando a tomar la drástica determinación de incorporarnos definitivamente a este desarrollo si no queremos perder nuestro protagonismo en el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Vascular. Ya no es «quien no se sube al tren pierde el viaje»... yo diría que «quien no se sube al tren es parte de la vía»...

» **¿Cual sería desde su punto de vista los principales avances en los últimos años de la especialidad?**

» Básicamente considero que el diagnóstico vascular es lo que más ha avanzado. También la terapéutica por cateterismo, no observándose avances significativos en las técnicas quirúrgicas en los últimos años. Cabe mencionar aquí, que además, la Industria ha volcado una enorme masa de dinero para desarrollos miniinvasivos, lo que también contri-

buye al crecimiento de lo dicho renglones arriba en detrimento de las técnicas quirúrgicas clásicas y bien probadas, durante decenios. La tomografía helicoidal y la angiografía han revolucionado el diagnóstico vascular en estos últimos años.

» **¿Cree que en el futuro la cirugía convencional o abierta, tendrá algún espacio, o por el contrario será apartada por otros tipos como la endovascular?**

» En mi modesto entender, y ya entrando en patologías específicas, creo que en el área de la patología de la aorta, en especial del sector postsubclavio hasta la bifurcación, yo diría que lo «convencional» es hoy por hoy, el tratamiento endovascular. Múltiples Centros de renombre así lo mencionan en sus «papers». Nosotros, en la Ciudad de La Plata, Hospital Español, donde funciona el «Instituto Argentino de la Aorta», estamos entre un 65% a 70% de tratamiento endovascular en los aneurismas de aorta abdominal sobre el tratamiento quirúrgico.

Esto implica que lo convencional pasa a ser lo endovascular. El resto de la aorta (ascendente y cayado) puede también hoy ser abordado por terapéuticas híbridas, o con algunas técnicas especiales, como las chimeneas, snorkels o periscopios. Otros territorios aún se discuten. En vasos de cuello por ejemplo, nuestras indicaciones quirúrgicas y endovasculares son bien precisas, preferimos la cirugía abierta en la placa aterosclerótica clásica de bifurcación, mientras que reservamos la terapéutica endovascular para las indicaciones ya consagradas, como cuello hostile, reoperaciones, displasia fibromuscular, lesiones muy altas, etc.

En el sector iliaco, casi todas nuestras prácticas son endovasculares, ya sea por patología estenótico-oclusiva (siguiendo el criterio TASC force) o por patología aneurismática. No estamos muy convencidos de los beneficios del tratamiento endovascular en el sector femoral y poplíteo dado la exposición al trauma de dichos vasos, aunque si en el sector infrapoplíteo, o sea los vasos distales, en especial cuando están asociados a lesiones tróficas del pie. Este territorio requiere un entrenamiento muy meticuloso, dado que se debe usar «tecnología coronaria» en él, y a pesar de que los resultados de permeabilidad con o sin stents en vasos distales sea muy bajo, siempre lo realizamos con el concepto de lograr una cicatrización del lecho cruento post resección del foco necrótico, con el objeto de cambiar el grado de Fontaine de 4 a 2B de ser posible, ya que este último puede fácilmente ser manejado con vasodilatadores periféricos. Hasta el Trauma Vascular, en muchos centros, es hoy tratado tanto en sus etapas aguda como crónica por vía endovascular. Debo reconocer que los resultados por esta vía, disponiendo de los materiales y el personal entrenado, son espectaculares.

» **¿Qué situación tiene América Latina en relación con el desarrollo de la especialidad?**

» Por mi condición de «proctor» en varias empresas sucesivamente, de dispositivos para aneurismas de aorta, he podido apreciar en los últimos 12 años el crecimiento en al-

gunos países de la «revolución endovascular». Latinoamérica tiene profesionales muy bien preparados y que concurren asiduamente a Congresos en USA como en Europa para interiorizarse de las novedades y aplicarlas en sus países. Lamentablemente 2 ó 3 países de la región aún se encuentran en etapas embrionarias en estos desarrollos, no tanto por desidia propia, sino por trabas a nivel de los Organismos Regulatorios en esos países, a tal punto que muy frecuentemente los pacientes portadores de patologías como aneurismas aórticos, por citar un ejemplo, viajan a otros países consagrados para su tratamiento.

» **¿Y desde su punto de vista, Colombia?**

» Bueno, Colombia para mí, que la he seguido bien de cerca en los últimos 11 años, es uno de los ejemplos de desarrollo a los que me refiero. Probablemente sea el país donde más ha «incubado el germen de las nuevas tecnologías». Hay grupos sumamente preparados para todo tipo de tratamiento endovascular, y además cuentan con tecnología de diagnóstico de última generación. He tenido la fortuna de poder recibir en mi centro a varios «fellows» de las principales ciudades del país y he corroborado la sólida formación en cirugía abierta que traen y como asimilan rápidamente las técnicas mínimamente invasivas, aplicándolas luego con sabiduría y destreza en sus centros en Colombia. Siento este país como un segundo hogar, tengo muchísimos amigos allí.

» **¿Que aspecto de la cirugía endovascular considera que está estancado o en retroceso?**

» Pienso que el sector carotídeo, y especialmente a raíz de los resultados de SAPHIRE y CREST, donde no se ha demostrado beneficio del stent sobre la cirugía abierta, es uno de los que amerita mayor discusión. No obstante, como mencioné anteriormente, existen varios grupos capaces de tratar estas lesiones por vía endovascular, pero sólo uno capaz de tratarlo por vía quirúrgica y endovascular. Eso hace que haya igualmente un incremento en los tratamientos mínimamente invasivos aquí. La

braquiterapia, el láser arterial endovascular, técnicas de «brushing» o atrectomía, han sido prácticamente desplazadas hoy, y se encuentran en etapa de desuso. Se podría decir algo similar en cuanto a los intentos endovasculares de resolver patología venosa profunda de miembros inferiores.

» **¿Y cual tiene un mayor desarrollo? La cirugía torácica abdominal, el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal, el stenting carotídeo etc.**

» A mi modesto entender toda la patología aórtica desde la válvula hasta la bifurcación y las ilíacas inclusive son las que más desarrollo han tenido (dejando de lado el sector coronario, por supuesto, y del que me inhibo a opinar pues no integra mi práctica diaria).

» **¿Que aspecto considera que más se ha desarrollado en el tema del diagnóstico de la patología vascular?**

» Como mi quehacer diario se focaliza casi totalmente en el territorio aórtico, creo que el diagnóstico por imágenes es el que más se ha desarrollado, y dentro de éste, el TAC multicorte. Personalmente prefiero las reconstrucciones multiplanares, para realizar la medición adecuada de la anatomía de la aorta.

» **¿Considera que ha tenido un adecuado desarrollo el tratamiento farmacológico para las enfermedades arteriales? ¿Que aportación farmacológica de los últimos años considera más relevante?**

» Me da la sensación que el Cilostazol ha sido una droga revolucionaria en el tratamiento de la claudicación invalidante de miembros inferiores. Nuestra tasa de tratamientos invasivos (mini o quirúrgicos) en el sector femoropoplíteo ha disminuido sensiblemente desde la aparición de este medicamento).

» **¿Como considera que se encuentra el tema del tratamiento del tema varicoso? ¿Ha habido desde su punto de vista novedades?**

» Si bien es un territorio al que desde hace ya muchos años no me dedico a tratar, pareciera que el láser endo-

safénico es un método bien probado y con excelentes resultados en manos adiestradas adecuadamente.

» **¿Y de la cirugía linfática? ¿Qué situación tiene desde su punto de vista?**

» No considero que haya habido avances significativos desde el punto de vista quirúrgico en este territorio.

» **¿Considera que el tratamiento futuro de la patología vascular se comentará en la cirugía o por el contrario en otras tecnologías?**

» Si nos referimos a la cirugía abierta convencional, pues creo que no. Es mas, posiblemente en los próximos decenios, los simuladores para entrenar «fellows» no sean como los actuales, es decir para navegar catéteres e implantar stents, sino por el contrario, para realizar cirugías abiertas. La cirugía abierta no es posible que desaparezca de manera total, siempre habrá alguna indicación para la misma. Además, si hablamos de patología aterosclerótica, seguramente la solución a la misma será en un futuro por vía farmacológica, de acuerdo a como van desarrollándose las investigaciones, aunque personalmente creo que para esto falta mucho tiempo aún.

» **¿Considera que la cirugía vascular norteamericana es la más desarrollada en el momento actual?**

» No creo que sea así. Las normas regulatorias de FDA limitan desarrollos dentro del país que pueden ser realizados con menor rigor regulatorio en Europa, Asia o Latinoamérica. De hecho así sucede habitualmente. Sin duda que Centros Quirúrgicos como Cleveland, el Texas Heart, el Barnes Hospital de Saint Louis, etc. merecen nuestro más profundo reconocimiento y de allí como de otros centros de USA han sido generados los textos que han colaborado en nuestra formación médica, como así también las grandes figuras de la Cirugía Vascular que de ellos surgieron han marcado las pautas de los tratamientos de las patologías vasculares durante décadas. Una vez la FDA autoriza un determinado tratamiento o un determinado dispositivo, el volumen de

pacientes que maneja Norteamérica es tan grande y la difusión de la información tan expedita, que rápidamente subsana el «relativo retraso» que significa lo citado al principio de la respuesta.

» **¿Que consideración tiene la situación de los países europeos en cirugía vascular?**

» Por el conocimiento que tengo, veo que regulaciones un tanto mas laxas como el CE Mark, permite una más rápida difusión de técnicas nuevas o de dispositivos no aún probados clínicamente en trials. Creo que Europa tiene un gran nivel en medicina vascular, y prueba de ello son los eventos científicos como el ESVS meeting o en la cardiología intervencionista el EuroPCR.

» **¿En el tema de formación, como estructuraría el adiestramiento de los futuros especialistas. Unido a otras especialidades, con rotaciones. ¿Cuántos años?**

» Sin duda debe haber una plataforma de adiestramiento básico previa a abrazar la especialidad vascular. Tengo un hijo que está en este año terminando la carrera de Médico, y me pregunto con insistencia, cuál sería la mejor plataforma para llegar a ser un Intervencionista Vascular hoy por hoy. Es un tema que no tengo claro completamente. Creo que desde la cirugía vascular, siempre que el sitio donde realice su formación tenga una sólida práctica endovascular, pues hacia allí se dirige inexorablemente la especialidad. Una formación general no menor a 3 años debe ser realizada antes de abocarse a temas endovasculares de manera «full time». Se debe estar preparado a mi entender, para resolver complicaciones en agudo de los procedimientos endovasculares.

» **¿No considera que no ha existido la suficiente colaboración entre los profesionales de la cirugía vascular españoles y latinoamericanos?**

» Es posible. Creo que revalorizar Sociedades como el CVHH o el CELA, y hacer honor a sus objetivos fundacionales, despojándonos de todo tipo de intereses y celos interprofesionales, pueda llevar a que este objetivo de la colaboración entre pro-

fesionales sea una realidad. En mi parecer tenemos un enorme potencial entre España y Latinoamérica para realizar desarrollos en conjunto, mas aún hoy por hoy, en que los avances informáticos han derribado todas las barreras comunicacionales entre nosotros. Recuerdo que hace poco más de una década, cuando fundamos el CELA (Cirujanos Endovasculares de Latinoamérica) no existía ni el e-mail ni Internet, y sólo algunos de nosotros teníamos un fax para enviarnos mensajes con cierta rapidez... tan sólo poco más de una década...

» **¿Como incrementaría la colaboración, si la considera necesaria?**

» La colaboración podría consistir en varios aspectos: a) realización de reuniones científicas en conjunto, b) convenios de intercambio de «fellowships» en los Centros que tengan mayor experiencia en determinados temas, c) convenios con Sociedades Norteamericanas, Europeas, etc., para realizar sesiones científicas en Español en los Congresos de las mismas, lo cual atraería a muchos colegas... resulta increíble con la facilidad de comunicación a nivel mundial que hoy existe, como el acceso a múltiples «journals» on line, por ejemplo, que todavía persista una gran cantidad de cirujanos vasculares que no manejan otro idioma. d) El apoyo de la Industria para favorecer estos intercambios es bien importante para dar el soporte económico necesario, especialmente en lugares donde no existe un sistema de Becas para perfeccionamiento.

» **¿Quiere añadir algo más?**

» Solamente agradecer al Editor, Dr. Carlos Vaquero Puerta, quien el destino quiso que se cruzara en mi camino en Medellín, Colombia, hace poco tiempo, y he descubierto lo que ya sospechaba de él, por menciones de colegas y ponencias escuchadas, de que es un hombre realmente apasionado por la Cirugía Vascular y por todo lo que encara en su vida, por lo cual le quedo en deuda por esta oportunidad de expresarme en su prestigiosa publicación. ■