

www.revistaintervencionismo.com

inter  
vencionismo

/// watson  
editorial

Intervencionismo. 2016;16(3 Supl 1):S41

Órgano oficial de SIDI y SERVEI



## Estado del arte en *stent* aórtico

Dr. Manuel Maynar

Hospiten Rambla. Las Palmas de Gran Canaria. España

Observando la evolución de la cirugía endovascular quizás lo que ha supuesto, en teoría, una gran revolución ha sido el manejo de las lesiones aórticas sin cirugía abierta, con un paso intermedio en la evolución tecnológica que se ha denominado cirugía híbrida.

Si tuviéramos que hablar de clínica y de morbimortalidad habría muchos segmentos del sistema vascular de tanta o mayor importancia a la hora del tratamiento endovascular.

En la actualidad la aorta no tiene limitaciones desde su origen hasta la bifurcación iliaca para ofertar conceptos de mínima invasión en la corrección de lesiones arteriales.

Debemos recordar, aunque sea bien conocido por todos que hasta la fecha la enfermedad vascular no se cura es evolutiva y afecta al sistema en globalidad, lo que indica que la mayoría de las veces que nos vemos envueltos en una corrección de la lesión aórtica existen otras lesiones vasculares en otro territorio próximo o cercano.

Por ello una de las ayudas endovasculares a la patología aórtica han sido las prótesis fenestradas que nos permiten tratar lesiones aórticas desde donde surgen arterias principales para otros órganos, sin ocluir las mismas.

Otro avance ha sido la posibilidad de combinar *stent* cubierto y *stent* descubierto de gran diámetro, que permite extender la zona a tratar como en el caso de la disección ayudando a la expansión de la luz verdadera.

La creación de chimeneas y/o *snork*, la posibilidad, ya mencionada, de cirugías híbridas para translocaciones, los usos de arterias sistémicas para oclusión de fugas, los abordajes transapicales y un largo etcétera hace que la situación actual de la aorta, desde el punto de vista de tratamiento mínimamente invasivo no sólo sigue continuamente en evolución tecnológica sino que nos presenta un gran futuro terapéutico.

No debemos olvidar que un gran mérito, de esta continua evolución, lo tienen aquellos especialistas que consiguen tecnológicamente introducir prótesis superiores a 30 mm de diámetro por incisiones para catéteres 14 Fr, los ingenieros y otros miembros del campus universitario.

La sutura percutánea y la fijación mediante “tornillos” en el cuello de la prótesis, son complementos a una reducción de la morbilidad.