

III y IV habituales [3], que darían un valor más real y fiable a los resultados tardíos.

En especial, nos parece muy simple la indicación lesional siguiendo la clasificación TASC II, tan en boga últimamente. Personalmente, no comparto la limitación que supone atribuir la indicación tan genérica a las lesiones A, B, C y D, más acorde con las necesidades de la asistencia primaria y/o de nivel generalista [5], sin especificar la extensión, multiplicidad y/o bilateralidad de las estenosis y/o oclusiones que se deben corregir.

Por otro lado, lo más trascendente del trabajo son las cifras que mencionan los resultados a medio y largo plazo, y su minucioso manejo bioestadístico, que deberían ser el mejor argumento para contestar de forma negativa la cuestión que los autores apuntan en el título sobre la posible obsolescencia de la endarterectomía. Pendiente de cualificar el manejo de las reintervenciones (6 precoces y 18 tardías, para corregir 10 y 11 reoclusiones respectivamente), cabe destacar lo aceptable de las cifras de permeabilidad primaria, asistida y secundaria en un seguimiento medio de 87,2 meses, con una desviación estándar del 61%, absolutamente comparables a las de otros autores [2,4], y, muy especialmente, con las cifras aportadas en la actualidad en las series con procedimientos endoluminales [6-8].

Finalmente, nos preguntamos los motivos por los que los autores no han aprovechado la ocasión para comparar esta serie con su propia experiencia, que seguramente tienen, en pacientes tratados con técnicas endoluminales.

J.M. Capdevila-Mirabet

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.

Bibliografía

1. Mellièrè D, Desgranges P, Warnier de Wailly G, Roudot-Thoraval F, Allaire E, Becquemín JP. Extensive unilateral iliofe-

moral occlusions: durability of four techniques of arterial reconstructions. *Vascular* 2004; 12: 285-92.

2. Álvarez-Fernández JD, Rodríguez-Olay JJ, Cambolor-Santervás. Endarterectomía. In SEACV, eds. Tratado de las enfermedades vasculares. Barcelona: Viguera; 2006. p. 541-8.
3. Capdevila JM, Lemos AN, Rancaño J, Barjau E. Endarterectomie ilio-fémorale. In Kieffer E, ed. Les lésions occlusives tardives chroniques. Paris: AERCV; 1992. p. 157-69.
4. Capdevila JM, López JA, Rancaño J, Abos R. Resultats tardives de l'endarterectomie aorto-iliaque. In Branchereau A, Jacobs M, eds. Resultats a long terme des reconstructions artérielles. New York: Futura Media Services; 1997. p. 113-9.
5. Pedrini L. Considerations about TASC II, is it a suitable document for specialists? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34: 405.
6. AbuRahma AF, Hayes J, Flaherty S, Peery W. Primary iliac stenting versus transluminal angioplasty with selective stenting. *J Vasc Surg* 2007; 46: 965-70.
7. Leville CD, Kashyap V, Clair D, Bena J, Lyden S, Greenberg R, et al. Endovascular management of iliac artery occlusions: extending treatment to TASC C and D. patients. *J Vasc Surg* 2006; 43: 32-9.
8. Björse K, Ivancev K, Riva L, Manjer J, Uher P, Resch T. Kissing stents in the aortic bifurcations-e valid reconstruction for aortoiliac occlusive disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 36: 424-31.

Respuesta de los autores. Es muy importante para nosotros saber de la existencia de otros grupos que preconizan y abogan por la cirugía vascular abierta, ya que, en los últimos años, se ha visto en detrimento debido al importante auge que han experimentado los procedimientos endovasculares. Todo esto ha provocado que hoy en día haya cada vez menos adjuntos que puedan realizar endarterectomías (TEA) del sector ilíaco con garantías. Esta situación inevitablemente repercute directamente en la formación de los residentes, ya que puede ocurrir que en todo su período de formación no sólo no realicen sino no presencien una TEA del sector ilíaco. Todo esto sitúa a esta técnica en una situación crítica en real peligro de extinción.

En lo que respecta a la técnica quirúrgica, estamos completamente de acuerdo con lo expuesto por el comentarista; nos ha faltado describir exhaustivamente la técnica que realizamos habitualmente, pues pensábamos que los lectores la conocían.

La clasificación clínica de los pacientes tratados ha sido modificada respecto a la idea inicial y se ha especificado según la clasificación de Fontaine (IIb, III y IV) y no respecto a clínica claudicación frente a isquemia crítica, ya que nos pareció, como bien se apunta, más real y fiable.

Incluir la clasificación TASC II está relacionado con un trabajo nuestro que se presentó como comunicación oral en el congreso nacional del año 2007, aunque los resultados no han sido publicados.

Con lo expuesto en nuestro artículo, creemos que la endarterectomía del sector ilíaco constituye una técnica útil, que no debe perderse y que debe trans-

mitirse a los cirujanos vasculares en formación para que forme parte de sus recursos quirúrgicos a la hora de solucionar los problemas vasculares que los pacientes puedan presentar.

**A. Salazar-Agorria^a, M. Vega de Céniga^a,
 L. Estallo-Laliena^a, U. Aguirre-Larracochea^b,
 V. Portugal-Porras^c, A. Barba-Vélez^a**

^a Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar.

^b Servicio de Estadística y Epidemiología.

^c Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Galdakao-Usansolo.

Galdakao, Vizcaya, España.