

de la escuela en el nuevo HUCA. El último R-1 de la primitiva escuela fue Moncho, que a la mitad de su residencia en 1974, y junto a Michel, acompañaron a D. José M.<sup>a</sup> Capdevila a fundar el nuevo servicio de angiología y cirugía vascular del Hospital de Bellvitge.

Pinzolas tampoco finalizó su formación, pues también se fue temprano al incipiente servicio de la Fundación Jiménez Díaz y, poco después, pasó a ser responsable del naciente servicio del Hospital 12 de Octubre, por poco tiempo, desde donde volvió al País Vasco para ejercer privadamente la especialidad.

Fernando Vaquero y Marco Luque prosiguieron como jefes de sección del HGA y del Bellvitge hasta que en 1986 pudieron inaugurar franquicia propia en León y Zaragoza, respectivamente, siempre unidos por una fuerte amistad desde la residencia. Poco después *Moncho Segura* hizo lo propio en A Coruña, completando así la última franquicia de la primitiva escuela.

Como resumen de lo que ha significado la escuela asturiana (1963-1974) en la historia de la cirugía vascular en España, al cumplirse en el 2013 el 50.º aniversario de la creación del servicio (Fig. 4), debemos reseñar que, entre sus miembros, habían alcanzado especial relevancia en el ámbito nacional los siguientes:

- Tres han sido elegidos como presidentes de la SEACV (Capdevila, Marco Luque y F. Vaquero).
- Dos han sido presidentes de la Comisión Nacional de la especialidad (Capdevila y Gutiérrez).
- Uno ha sido director de las revistas del HGA y de *Anales de Cirugía Vascular* (Capdevila).



**Figura 4.** Cena homenaje a Capdevila con motivo del 50.º aniversario de la creación del servicio. Año 2013. Sentados, de izquierda a derecha: Cubría, Isabel Folgueras, Capdevila, y Vaquero. De pie, de izquierda a derecha: Segura, Berguer (cirugía vascular en Michigan), Marco-Luque, Gutiérrez, Samaniego, González-Trujillo y Estevan.

- Uno ha sido director de la revista *Angiología* (F. Vaquero).
- Ocho han sido jefes de servicio docentes de los 34 reconocidos (Capdevila, Bongera, Pumarino, Lázaro, F. Vaquero, Marco Luque, Gutiérrez y Segura).

Hasta 2013 entre el HGA y el Hospital de Covadonga se han formado 79 MIR (me cabe el orgullo de contar dos Fernando Vaquero en el HGA), lo que supone el 10 % de los cirujanos vasculares españoles. Las franquicias han formado hasta esa fecha unos 127 MIR, sumando en total 206, aproximadamente, lo que representa la cuarta parte de la cirugía vascular española (Fig. 5).

Como colofón, cabe señalar que ha sido en Asturias donde nacieron los dos paradigmas de la cirugía vascular actual: la cirugía abierta en el HGA en 1963 y la cirugía endovascular en el Hospital Covadonga en 1980, y que la continuidad de la asistencia vascular especializada está en buenas manos gracias al brillante relevo generacional materializado en la calidad de los servicios del HUCA y del Hospital Universitario de Cabueñes.



**Figura 5.**



## Cartas al Director / Artículos Comentados

### Artículos Comentados

#### How to treat peripheral arteriovenous malformations

Kim R, Do YS, Park KB

*Korean J Radiol* 2021;22(4):568-76



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33543847/>

El objetivo principal del presente artículo es: realizar una clasificación angiográfica de malformaciones arteriovenosas periféricas y establecer según el tipo un protocolo de tratamiento mediante embolización.

Este grupo de investigadores, basándose en clasificaciones arteriográficas de malformaciones arteriovenosas intracraneales, elabora una clasificación para las malformaciones periféricas: diferencia seis tipos con algunos subtipos (1, 2a, 2b, 2c, 3a y 3b) en función de su complejidad anatómica objetivada en los hallazgos arteriográficos de las lesiones. Según el tipo van desde el tipo 1, las más sencillas a nivel estructural, a las más complejas, las 3b. La complejidad, según el tipo de malformación, tiene importancia a la hora de plantear la estrategia terapéutica. Los tratamientos más sencillos corresponden a las de tipo 1 y 2, mientras que las de tipo 3 requieren tratamiento más complejos.

La relevancia clínica del estudio se basa en la pretensión de los autores de establecer un consenso para homogeneizar el tratamiento embolizador según el tipo de lesión y que sirva de guía para los equipos que tratan este tipo de lesiones. Para las de tipo 1 se emplea la embolización directa con coils; en las de tipo 2, primero se emboliza la porción venosa con coils para frenar la hiperdinamia de la lesión y, finalmente, se emboliza el polo arterial con etanol absoluto; las de tipo 3 las tratan por embolización con etanol a través de cateterización supraseductiva transarterial.

Realizaron un total de 306 tratamientos. La tasa de curación sin recidiva para las de tipo 1 fue del 100 %, para las de tipo 2 del 80 % y de hasta el 30 % en las de tipo 3, aunque en estas últimas se apreció mejoría de la sintomatología clínica hasta en el 50 % de los casos.

Concluyen afirmando que la embolización con coils y etanol absoluto tiene unas buenas tasas de curación, con una incidencia de complicaciones muy baja. Esta clasificación puede servir de guía cuando se plantea el abordaje terapéutico de lesiones complejas.

Eliseo Candela

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia  
e-mail: [eliseo.candela@gmail.com](mailto:eliseo.candela@gmail.com)

DOI: 10.20960/angiologia.00486

**Perioperative care in open aortic vascular surgery: A consensus statement by the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society and Society for Vascular Surgery**

McGinagle KL, Spangler EL, Pichel AC, Ayyash K, Arya S, Settembrini AM, et al.  
*J Vasc Surg* 2022;75:1796-820



<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.01.131>

La disminución drástica de la cirugía aórtica abierta y el consecuente menor entrenamiento de las nuevas generaciones exigen establecer circuitos adecuados, consensuados y demostrados de mejora con impacto en la seguridad del paciente y en la mejora de resultados. En el presente artículo se presentan algunas de las recomendaciones basadas en la evidencia para el circuito del paciente con cirugía aórtica abierta desde la preadmisión hasta su alta hospitalaria. El consenso ha sido elaborado por un grupo de trabajo en el que han colaborado representantes de la Sociedad Americana de Cirugía Vascular y de la Sociedad para la Mejora en la Recuperación después de la Cirugía. Se ha considerado la cirugía abierta de aorta tanto para los casos de aneurismas como en patología obstructiva, considerando, además, aquellos con clampaje suprarrenal. En total se establecen veintidós recomendaciones basadas en la evidencia. Las áreas de mejora en el circuito de estos pacientes se enfocan en la optimización del paciente en la preadmisión, prerrehabilitación, aporte preoperatorio de carbohidratos en diabéticos, sedación preanestésica, analgesia, retirada precoz de catéter urinario, movilización precoz, educación posalta y auditoría del circuito. Por todo ello, este documento resulta una lectura casi obligada para los cirujanos vasculares, ya que es una herramienta muy útil de autoevaluación y facilita la incorporación de nuevas medidas en nuestra práctica diaria.

Álvaro Torres

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia  
 e-mail: atorres658@yahoo.es

DOI: 10.20960/angiologia.00487

**The effect of diabetes on abdominal aortic aneurysm growth over 2 years**

Nordness MJ, Baxter BT, Matsumura J, Terrin M, Zhang K, Ye F, et al.  
*J Vasc Surg* 2022;75:1211-22



<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.10.019>

El efecto protector de la diabetes mellitus en el crecimiento y el desarrollo de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) es una observación ya conocida. El estudio prospectivo *Non-invasive Treatment of Aortic Aneurysm Clinical Trial* (N-TA3CT) evaluó el crecimiento de los AAA de pequeño tamaño comparando una población en la que se administró doxiciclina con otra a la que se dio placebo. Este trabajo compara el crecimiento del AAA de pacientes diabéticos y no diabéticos en un análisis secundario de los datos obtenidos en el N-TA3CT.

Se comparó la evolución del crecimiento mediante CT de los AAA a lo largo de dos años de aquellos pacientes diabéticos (22,4 %) con respecto a los no diabéticos (77,6 %). Se demostró una reducción en la tasa de crecimiento estadísticamente significativa en los pacientes diabéticos respecto a los no diabéticos (0,12 cm/año frente a 0,19 cm/año) a pesar de que los pacientes con diabetes presentaban una mayor tasa de comorbilidades y partiendo ambos grupos de tamaños aórticos similares.

La limitación principal que presenta este trabajo es la ausencia de los tratamientos hipoglicemiantes en la recogida de información, en especial de la metformina (estudios previos sugieren un papel protector en el crecimiento de los AAA). Por otro lado, el estudio N-TA3CT no se diseñó para comparar pacientes con y sin diabetes.

A pesar de ello, estos resultados son interesantes por su implicación clínica, pues pueden condicionar nuestra actitud a la hora de establecer las pautas de seguimiento en aquellos pacientes diabéticos con AAA.

Manel Arrébola

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia  
 e-mail: manelarrebola@hotmail.com

DOI: 10.20960/angiologia.00488