

A PROPÓSITO DE ESTE COMENTARIO

Son interesantes los comentarios de un estudio randomizado por varios motivos:

1) Según actuales tendencias, debemos regirnos por normas basadas en la evidencia, y ésta parece ser mejor obtenida de estudios multicéntricos randomizados bien conducidos.

2) Lo que es un poco más difícil de establecer para cada caso, es qué sería un estudio randomizado bien conducido, y a qué grupo de pacientes deberá aplicarse la evidencia así obtenida.

3) En el caso específico del ISAT, se utilizó como control del resultado, una escala (Rankin) que proviene de la prehistoria de la clinimetría (1957)¹ "modificada". ¿Se ha probado de alguna manera que la escala sea el instrumento adecuado para medir los resultados de la patología tratada? ¿Es verdaderamente diferencial el punto de corte entre 2 y 3 de dicha escala? Convengamos que éste es **el primer estudio en utilizar esta escala para la patología aneurismática**. ¿Ha intentado alguien, probar el uso práctico de esa escala en pacientes neuroquirúrgicos? ¿Es correcto preguntarle al paciente acerca de su resultado dentro del primer año de operado? Aparentemente el cuestionario Euroquol ha sido validado¹. Sin embargo, es probable que estas evaluaciones tomando en cuenta el criterio del paciente, (o el cuidador) sean más importantes **para la planificación de la rehabilitación, que para evaluar la calidad de la atención en el período agudo de la enfermedad**. Lo que expresamos aquí es resumidamente, una cuestión de metodología, que es en lo que suelen fallar muchos estudios multicéntricos randomizados, que años después de haber impuesto una "evidencia", muestran su errónea interpretación de la realidad. (Ver resultados del NASCET II para la administración de corticoides en trauma medular², p. ej.).

Debemos tener en cuenta que si es necesario un estudio de semejante envergadura, **las diferencias entre las técnicas en cuestión deben de ser pequeñas**, porque si la evidencia fuera mucha, no sería necesario recurrir a ellos³.

4) Es verdad que las conclusiones del ISAT deben aplicarse solamente a un grupo determinado de pacientes, que "son los más fáciles de operar" y también "los más fáciles de embolizar". **Pero la patología aneurismática no se reduce solamente a este grupo de pacientes**, y todavía deberá haber discusión entre gente cuya intención sea ayudar al paciente de la mejor manera, acerca de la mejor opción para pacientes que quedan fuera de este grupo selecto, aunque aceptadamente amplio, que el ISAT estudió.

5) Es verdad también, que todavía falta publicar los resultados definitivos del ISAT, especialmente acerca de la **durabilidad de los resultados**. La necesidad de estudios angiográficos repetidos⁴ a pacientes con aneurismas parcialmente embolizados, agregará riesgo extra al resultado final, sin tener en cuenta los casos que

no podrán ser resueltos por la vía EV. **La utilización de nuevos recursos técnicos en etapa todavía experimental, o no totalmente generalizados aumenta inmediatamente los riesgos o fracasos de la intervención** por la vía EV igualando o eventualmente, sobrepasando, los de la vía convencional^{5,6}.

6) No hay ninguna razón para pensar que la práctica de la vía EV por parte de los neurocirujanos significará el fin de la neuroradiología intervencionista, ya que tenemos buenos ejemplos de lo contrario en nuestro país, pero aún más: la integración del conocimiento por parte de un médico, sólo puede hacerse cuando es capaz de ver como posibles para él, las distintas formas de tratamiento de la patología. Aprendí del Prof. Dr. Gérard Guiot, que la **versatilidad** del cirujano es la que ofrece las mejores posibilidades al paciente. Para comparar, preguntémosnos por ejemplo si es necesario que exista un tipo de otorrinolaringólogo que opere la hipófisis por vía baja, y si la intervención de los neurocirujanos por esa vía ha significado el final de la misma.

7) Hay una grave contradicción entre el pensamiento del Dr. Byrne y los neurointervencionistas ingleses, con los resultados del ISAT, respecto a las "habilidades especiales" que serían necesarias para la práctica endovascular, porque los participantes del mencionado estudio calificaban para entrar en el mismo, demostrando haber realizado **solamente treinta procedimientos** de ese tipo¹. Es un gran logro a mi entender, que ese estudio haya alejado los duendes de la "experiencia de los grandes números" sostenida probablemente con fines poco confesables por muchos cirujanos (exo y endovasculares) que desean concentrar en pocas manos la atención de los pacientes. Si es verdad que los pacientes deben acceder al tratamiento lo antes posible, y preferentemente de emergencia (lo cual es altamente discutible), posiblemente la mejor solución es bajar los costos y generalizar el uso de la práctica a todos los neurocirujanos. Como en otros aspectos de nuestra especialidad, los neurocirujanos hemos permitido con poca previsión, que otros tomen a su cargo una tarea intrínseca nuestra, como es el diagnóstico de **nuestros pacientes** (porque a nosotros recurren), y ahora también el tratamiento (pereza?). Si la vía endovascular es una técnica, se aprende, y si no, es magia, y debemos volver a los tiempos prehistóricos de la medicina. Ha pasado el momento de demostrar su eficacia, y comienza el de difundirla entre quienes mejor pueden aprovecharla. Sin hablar de los más jóvenes en formación, hay una generación de colegas de edad intermedia que comprenden ya, **que no se puede manejar la patología aneurismática sin dominar ambas vías**, y que han alcanzado una excelente formación microquirúrgica, y anhelan incorporar las técnicas endovasculares a su armamentario terapéutico.

8) Repitiendo algunos conceptos, quiero referir una conversación de pasillo sostenida con Pierre Lajaunias

durante el congreso latinoamericano en Fortaleza, (año 2000), en donde él sostenía que la patología debe ser tratada por aquél que mejor la conozca. Los neurocirujanos hemos aprendido mucho, y seguiremos haciéndolo, al incorporar los puntos de vista endovasculares en nuestra concepción de la patología aneurismática, y esto **nos capacitará** más que a nadie, para comprenderla mejor y tratarla por cualquier vía, si nos preparamos para ello. Hay sin embargo, aspectos del conocimiento quirúrgico que me parece que no hemos desarrollado suficientemente. Los detalles de la técnica microquirúrgica son poco discutidos en los congresos, donde debemos tolerar largas conferencias donde uno muestra "lo bien que opera" en videos seleccionados y editados de operaciones seguramente tediosas, pero en dónde difícilmente se pueda "aprender" detalles técnicos útiles. ¿Hemos hecho dar a nuestras técnicas todo lo que de sí pueden? ¿Somos capaces de mostrar nuestros fracasos y errores para que a otros no les sucedan? ¿Han hecho este mismo ejercicio los neurocirujanos británicos que constituyen la mayoría de los intervinientes en el ISAT, como se pregunta recientemente Hernesniemi⁷? Los resultados del ISAT deberían estimular esta actitud perfeccionista microquirúrgica en todos nosotros, para mantenerla competitiva.

9) Aún con la incorporación de la vía EV, estimo que la patología aneurismática dista mucho de estar resuelta, y lo que menos tolera son posturas filosóficas simples y discriminatorias. El ISAT termina de demostrar que en países centrales se muere ya operado, **término medio**, el 10% de los pacientes más fáciles de manejar, y 15- 20% de sus sobrevivientes queda discapacitado.

10) En sociedades donde reina el cinismo⁸, como la nuestra (y la del Dr Byrne), la ética es un valor al que se recurre entre otras cosas, para que otros acepten que podemos hacer aquello que sabemos que no se debe, y viceversa. Por ejemplo, nos enteramos por la pluma de Byrne, que un grupo no despreciable de contribuyentes al ISAT, **consideraba que se trataba de un ensayo antiético**. ¿Cómo enrolaron los pacientes randomizados? ¿Les expresaron sus escrúpulos éticos al momento de obtener su consentimiento? Otro: si nuestro egoísmo no nos impidiera formar a un cirujano versátil como el que antes describíamos, (peyorativamente "híbrido" para Byrne)¿No sería un óptimo a alcanzar? Porque, si quien maneja un enfermo con aneurisma conoce una sola de las vías, tenderá naturalmente a sobre indicarla, en detrimento de las posibilidades de algunos pacientes. Las vías EV y micro quirúrgica **son hasta el momento** (y de acuerdo a los resultados del ISAT), **opciones terapéuticas** a seleccionar de acuerdo al caso.

11) La ética está tan asaltada en nuestras sociedades, que es mejor no implicarla en estas discusiones. Es mejor y suficiente, bajarlas a un plano de lógica formal o dialéctica, como en este caso, avisando que estemos todos prevenidos, con nuestras capacidades críticas en

máximo alerta contra las **falacias**⁹ de quienes llevan agua para su molino, frente a nuestra azorada mirada.

12) De lo que se trata finalmente, como explícitamente lo dice el Dr. Byrne, es de **una colosal desviación de recursos**. Por eso, creo que es importante que nuestras sociedades neuroquirúrgicas se preocupen del tema, para asegurar que los servicios, que siempre se han manejado en el límite de sus posibilidades en el tema recursos, no queden más desamparados; para delimitar campos y responsabilidades, ya que el tema comenzará a tener implicancias legales; para jerarquizar desde el punto de vista honorarios el trabajo neuroquirúrgico; para estimular la investigación en los múltiples temas que implica la patología, desde la más elemental microcirugía, pasando por la anatomía, hasta los nuevos materiales de embolización, pasando por la hemodinamia, el vasoespasma, etc. Asociarse con las universidades a nivel nacional para estos menesteres es fundamental. Los neurocirujanos jóvenes deben tener una nueva perspectiva del problema, tendiente a un trascendente cambio de paradigma, que lleve a una mejor explicación y consecuencias terapéuticas del padecimiento HSA- aneurisma. El campo seguirá siendo nuestro, en la medida en que lo cultivemos...

Horacio Fontana
Servicio de Neurocirugía
Hospital de San Isidro

Referencias

1. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomized trial. **The Lancet** 2002; 360: 1267-74.
2. Pharmacological therapy after acute cervical spinal cord injury. **Neurosurgery**, 2002; 50: S63- S72.
3. Koivisto T, Vanninen R, Hurskainen H, Saari T, Hernesniemi J, Vapalahti M. Outcomes of early endovascular versus surgical treatment of ruptured cerebral aneurysms. A prospective randomized study. **Stroke** 2000; 31: 2369-77.
4. Byrne JB, Min-Joo Sohn, Molyneux AJ. Five Year experience in using coil embolization for ruptured intracranial aneurysms: outcomes and incidence of late rebleeding. **J Neurosurg** 1999; 90: 656- 63.
5. Fiorella D, Albuquerque FL, Han P, McDougall CG. Preliminary experience using the Neuroform stent for the treatment of cerebral aneurysms. **Neurosurgery** 2004; 54: 6-17.
6. Cottier JP, Pasco A, Gallas S, et al. Utility of balloon-assisted Guglielmi detachable coiling in the treatment of 49 cerebral aneurysms: a retrospective, multicenter study. **AJNR** 2001; 22: 345-51.
7. Hernesniemi J, Nimelä M, Kipiveltö L, Rinne, J. Comments. **Neurosurgery** 2004; 54: 280-4.
8. Lyotard, J-F. Des dispositifs pulsionnels. Galilée, Paris, 1994.
9. Copy IM. Introducción a la lógica, 28ª, Ed., pp. 81- 123. EUDEBA, Buenos Aires, 1985.