

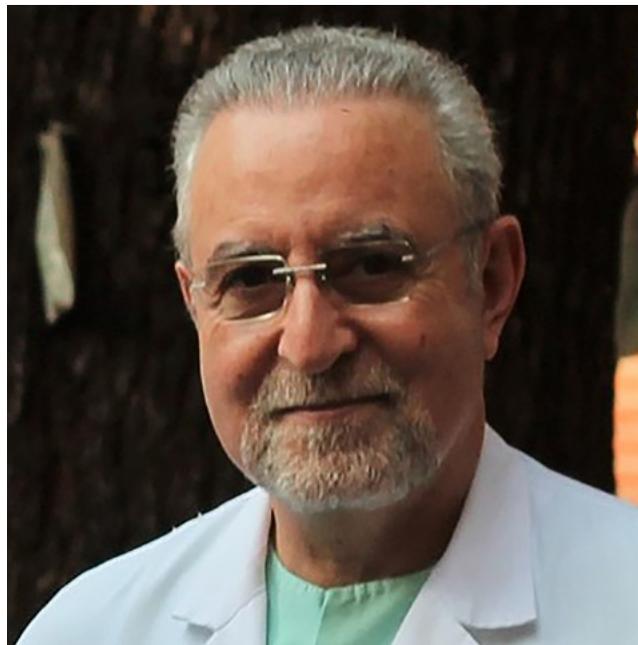
---

# ENTREVISTA

---

## Alfredo Casasco

El Doctor Alfredo Casasco es un Neurocirujano argentino formado en el Neurointervencionismo en Francia. Es un referente mundial en el tratamiento endovascular de aneurismas y malformaciones arteriovenosas cerebro-medulares y en la embolización percutánea de tumores y malformaciones vasculares maxilofaciales. Casasco es profesor asociado de Radiología de la Universidad de París y miembro del Colegio de enseñantes de Radiología de Francia. También, profesor de la Universidad Europea de Madrid y profesor consultor de las Universidades de Siena, Perugia y Roma. Actualmente, desarrolla su labor en Madrid pero también tiene desempeño laboral y científico en Italia y Francia. Es Director del Servicio de Terapéutica Endovascular y percutánea del Hospital Nuestra Señora del Rosario en Madrid y Jefe de Neuroradiología intervencionista del Hospital Universitario Quirón de Madrid y Neuroradiólogo consultor del Hospital Ruber Internacional de Madrid.



Alfredo Casasco

### ¿Cómo tomó la decisión de irse a Francia a formarse en el Neurointervencionismo, y cómo continuó su carrera?

Estudié Medicina en la Universidad de Buenos Aires y luego completé la Residencia de Neurocirugía en el Hospital Santa Lucía de Buenos Aires bajo la dirección del doctor Basso. En esa época mis compañeros eran Silvia Berner, Antonio Carrizo, Alfredo Kreutel, Aldo Martino, Ignacio Cuenca y Carlos Bonino. En el tercer año de residencia el Dr. Basso me mencionó la aparición de algo nuevo en la Neurocirugía pero por vía Endovascular, “la cuna está en Francia y te puedo conectar si tenés curiosidad y te interesa para aprender a hacer cateterismo y angiografías”. Acepté el desafío y me fui un año al Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Normandía con el Profesor Jacques Theron. Además del aspecto diagnóstico del método, vi tratar aneurismas, malformaciones, tumores cerebrales y maxilofaciales. Entendí que la nueva especialidad no sólo tenía relación con la Neurocirugía sino también con la Oftalmología, ORL y Cirugía de cabeza y cuello. Luego de un año regresé a Buenos Aires y comencé a trabajar. Me solicitaban estudios y tratamientos de patologías simples y complejas pero sentía que no estaba preparado para hacerme cargo de toda esta patología así que decidí regresar a Normandía y completar mi formación. Hice el Curso Universitario de Radiología y luego Neuroradiología diagnóstica y terapéutica. Estuve 7 años y regresé a Argentina. Estuve desde 1987 a 1989 y junto a Pedro Lylyk fundamos ENERI. Eran años

difíciles para trabajar, estaba casado con una mujer francesa con hijos franceses y, sumado a los problemas económicos de la época, decidí volver a París con el Profesor Jean-Jacques Merland, al Hospital Lariboisière en París. El Profesor Merland me estimuló en el desarrollo de nuevas técnicas (cateterismo de venas piales y punciones directas en tumores) a modernizar el Servicio y en la carrera universitaria de Neuroradiología. Era un Servicio con crecimiento sostenido y tratábamos todo tipo de patologías. Se formaron muchos colegas de diferentes países y teníamos excelente relación con el resto de los Servicios del Hospital. Fueron años de oro en mi formación, teníamos una malformación espinal a la semana. Luego de varios años en el Hospital Lariboisière, me ofrecieron la Jefatura del Hospital Pitie-Salpetriere, también en París, donde pude desarrollar aún más las técnicas endovasculares, la actividad docente y la formación de varias camadas de Residentes y Fellows. En 2000 me casé nuevamente con una Radióloga Intervencionista española que se formó en mi Servicio y me trasladé a Madrid donde creamos una sociedad junto al Dr Leopoldo Guimaraens. Desde 1992 comencé a viajar y a colaborar en las diferentes Universidades y Servicios de Perugia, Siena, Roma y Údine. Viajaba muy seguido a Italia hasta hace 5 años y puedo decir con orgullo que todos mis exalumnos son grandes profesionales con una excelente formación y

pueden resolver todas las patologías sin mayores problemas. Actualmente, somos el Centro Privado de Neurointervencionismo que más trabaja en España. A nivel público, la especialidad está menos desarrollada contrariamente a otros países, como Francia e Italia, donde el Neurointervencionismo es más fuerte en los Hospitales públicos.

A pesar de trabajar en la actividad privada, ejerzo en el Hospital Universitario lo cual me permite desarrollar no sólo actividad asistencial, sino también docente universitaria.

### **¿Cómo fue trabajar e insertarse en los diferentes países siendo extranjero?**

El inicio fue muy angustiante y vivía estresado. Cuando llegué a Caen, Normandía, me quedé encerrado tres días en un hotel preguntándome qué estaba haciendo, para qué había ido. Luego, tuve la entrevista con el Profesor Theron y no le entendía nada. Él se dio cuenta que lo pasaba mal y, por suerte, me conectó con un becario mexicano que me ayudó muchísimo a insertarme. Cuando nos reuníamos con otros fellows extranjeros y compartíamos experiencias llegué a la conclusión de que tuve suerte por haber empezado en una provincia donde la gente es más abierta que en París. A medida que pasaba el tiempo me iba insertando y ocupando un lugar, asimilándome al sistema. En Francia el sistema es un poco elitista y hay cierto favoritismo para el francés nativo a diferencia de los países sajones, como Estados Unidos, donde si sos bueno y producís no se fijan si sos extranjero. A favor nuestro, tenemos el espíritu latino con una gran capacidad de adaptación.

### **¿En algún momento se le cruzó volver a Argentina?**

Si, me pasó varias veces, incluso tuve ofrecimientos, entre otros, de Pedro Lylyk. A medida que iba pasando el tiempo los ofrecimientos decrecían y uno se iba metiendo más y más en el sistema, compraba equipos, me endeudaba y eso me fue obligando a echar raíces. He viajado muchas veces a Argentina y veía el esfuerzo que les llevaba a ustedes trabajar y crecer en la profesión, no así en Europa donde muchas cosas ya están hechas y lo veo más fácil.

### **Sus mentores fueron los Profesores Basso, Theron y Merland ¿Tiene alguna anécdota para contarnos?**

Quisiera destacar a los tres con anécdotas visionarias que marcaron mi vida profesional y son los profesores Armando Basso en Argentina, Jacques Theron en Caen Normandía y Jean Jacques Merland en Paris.

En 1980, Armando me dijo que se estaba desarrollando algo nuevo, principalmente en Francia, para el tratamiento de algunas patologías vasculares y tumorales del sistema nervioso. "Vos tenés habilidades quirúrgicas pero tenés que conocer esto. Andá, interiorizate y después decidís", me

dijo. Fue el impulsor de mi carrera.

Del Profesor Theron recibí un gran apoyo en lo humano y lo científico. Fue quien me hizo crecer desde todo punto de vista. Al principio decía que nosotros teníamos que preparar y desarrollar los materiales y que cuando la industria no tenga tantas ganancias con los cardiólogos hemodinamistas nos iban a mirar a nosotros y nuestra especialidad sería un boom. Así ocurrió y el Profesor Theron fue un verdadero visionario. Me hizo ver y entender una frase de su maestro, el Profesor René Djindjian, que en 1970 dijo que algún día se fabricarían catéteres para navegar más allá de la arteria oftálmica. Fue recién en 1986 cuando salió al mercado el primer microcatéter que podía llegar y navegar en endocráneo llamado "Tracker".

Por último, quiero destacar al profesor JJ Merland porque desde el punto de vista humano no tiene parangón. Él era una persona entregada a lo que es el apostolado de la Medicina y totalmente dedicado a la formación de sus alumnos. Siempre primaba lo humano sobre lo científico. Tenía una sensibilidad especial para detectar alumnos conflictivos o con una competitividad desmedida que pudiera alterar la dinámica del grupo, los llamaba y los invitaba a cambiar de Servicio. Con esta filosofía el Profesor Merland formó un grupo de Neurointervencionistas fantásticos; nos entendíamos a la perfección. Una vez, me invitaron a Buenos Aires a dar una charla de patología vascular de médula y no tenía muchos casos propios. Le pedí diapositivas prestadas a Merland al cual accedió fácilmente. Le agradecí y me dijo "esas diapositivas no son mías sino de los pacientes y a ellos les tenés que agradecer por poder difundir los conocimientos que ayuden a tratar mejor las malformaciones de la médula". Casi todos los que nos formamos en el Hospital Lariboisière tenemos un sello, un mismo molde, casi todos fueron o son grandes profesionales y Jefes de Servicio; el 70% de los Jefes de Servicio en Francia y muchos otros en Italia y Alemania se formaron en el Hospital Lariboisière.

Con respecto a mis mentores, no puedo dejar de mencionar a mi querida Silvia Berner, que fue quien me enseñó a pinchar mi primera carótida.

### **¿Cómo fue trabajar en pandemia?**

Cuando comenzó la pandemia en España se implementó el estado de alarma y el confinamiento, pudiendo salir a trabajar sólo los esenciales. Tuvimos un bajón laboral impresionante ya que todos nuestros pacientes programados se suspendieron para facilitar las camas de UTI. Toda mi actividad laboral es privada y de repente nos quedamos sin trabajo, y había que pagar sueldos de administrativos, enfermeras, técnicos, radiólogos y médicos a cargo. Por suerte en Europa tuvimos ayuda estatal, el gobierno les daba a los empleados un subsidio del 80% del sueldo casi durante un año. Fue muy duro para los emprendedores privados

porque había que pagar sueldos, materiales comprados y los equipos (angiógrafos) que son muy costosos, por lo que tuvimos que pedir préstamos para subsistir. Otra de las ventajas de vivir en Europa es que los préstamos fueron de un monto considerable, pero con intereses bajos (1.3%) y que se empiezan a pagar luego de dos años. Dejando de lado lo económico, tuvimos algunos casos de urgencia de trombo-sis cerebral secundario a Covid y, por suerte, poco tiempo antes de comenzar la pandemia yo había creado y ya estaba organizado en el Hospital del Rosario un Servicio de Guardia de Ictus de 24 horas con médicos Neurointervencionistas muy bien formados. Durante la pandemia era lo único que funcionaba con casos de stroke, en el caso de trombo-sis por Covid los resultados eran malos. Hoy en día esa Guardia funciona muy bien y ofrecemos soluciones a la patología aguda, ya sea isquémica como hemorrágica para las obras sociales y Mutuas.

### **¿Cómo está el estado del arte del Neurointervencionismo y qué proyección tiene al futuro?**

Tenemos una especie de ola o un tsunami que es el ictus. Particularmente me gustan más las malformaciones vasculares cerebro-medulares porque son un verdadero desafío para su tratamiento. Hay que tener en cuenta que la relación ictus: malformación vascular es 8 : 1. Nosotros nos formamos con una gran precisión y delicadeza para tratar las malformaciones vasculares y, en cambio, en el ictus isquémico, hacer una trombectomía no es algo delicado, más bien se aproxima bastante a la técnica básica de la radiología intervencionista periférica. Actualmente me desagrada un poco no poder hacer técnicas más delicadas en el ictus pero creo que algún día van a llegar. De todas maneras, el hecho de que estos tratamientos no requieran una gran destreza técnica facilitará la formación de un mayor número de profesionales aptos para tratar una patología de gran impacto social como es el ictus isquémico. Quizás, como consecuencia de esta tendencia, no queden muchos profesionales capacitados para tratar una malformación vascular compleja de médula o de cerebro, o una fístula dural ultra compleja, o un aneurisma que necesite técnicas combinadas. Creo que la necesidad asistencial va a hacer que existan más Neurointervencionistas dedicados al ictus, desarrollando toda la logística e infraestructura a nivel nacional para resolverlo en menos de tres horas. Muchos puristas dicen que sólo un Neurointervencionista debería estar autorizado a hacer una trombectomía cerebral pero, aunque me critiquen, creo que en poco tiempo lo harán también los hemodinamistas y los Radiólogos Vasculares Intervencionistas periféricos como consecuencia de la homogenización de las técnicas y los catéteres. Creo que éste va a ser el futuro en el desarrollo del tratamiento del ictus. El resto del Neurointervencionismo que se extiende a la Neurocirugía,

a maxilo-facial, oftalmología, columna, pienso que se diferenciará del ictus y se concentrará en Centros de referencia para que el volumen de los casos tratados sea mayor y el operador Neurointervencionista sea de excelencia. En resumen, creo que el ictus va a ser tratado en todos lados y el Neurointervencionismo clásico (malformaciones vasculares y tumores) sólo en Centros especializados o de referencia.

Por ejemplo, en mi caso, me dedico a las malformaciones vasculares medulares desde hace muchos años, por lo que me derivan desde toda España y de algunos países de Europa este tipo de patología, lo cual hace que acreciente mi experiencia y mejore mis resultados.

### **¿Cómo ve el presente y el futuro del tratamiento de los aneurismas cerebrales?**

El presente varía de un país a otro basado en diferentes criterios científicos y económicos. Por ejemplo, en Estados Unidos sigue habiendo un gran desarrollo de las técnicas microquirúrgicas, así como de los By Pass intracraneales en aneurismas complejos. Este desarrollo responde también a intereses económicos, pero en todo caso permite mantener en lo más alto las técnicas quirúrgicas de los aneurismas complejos y estimula la formación de los más jóvenes. Poco a poco, casi todas las técnicas quirúrgicas van cediendo paso en prioridad a las técnicas endovasculares. La implantación de estas últimas no avanza aún más rápido porque los materiales empleados siguen siendo caros, pero a medida que las técnicas se estandarizan van ganando terreno. En Europa, los tratamientos endovasculares se indican en un 70 a 90 % de los casos de aneurismas. Como consecuencia de este desarrollo, cada vez hay menos cirujanos capaces de tratar un aneurisma complejo que no pueda ser resuelto por vía endovascular, razón por la cual se impone la necesidad de crear Centros de referencia quirúrgica.

### **Es un referente en malformaciones vasculares medulares, ¿Cuál es su enfoque en las fístulas durales arteriovenosas espinales y en las MAVs nodulares de la médula?**

En lo que respecta a la fístula dural arteriovenosa espinal sigo pensando que es una patología de resolución quirúrgica por su alta tasa de curación, su baja morbilidad operatoria y recidiva; el único "pero" que puedo poner es que si el cirujano no está familiarizado con la técnica, es mejor que lo resuelva el Neurointervencionista. En los casos sucesivos, el cirujano deberá aprender la técnica y el Neurointervencionista hacerle conocer cuál es la vena que tiene que coagular, ayudándolo también durante la angiografía a dejar un coil en la arteria intercostal correspondiente para marcarle el nivel de la fístula. Hace mucho tiempo, en el Hospital Lariboisière, hicimos un trabajo comparativo de fístulas durales espinales tratadas con cirugía versus embolización. Con cirugía tuvimos 100% de éxito; en cambio, con emboliza-

ción sólo el 60%. Reconozco que el tratamiento quirúrgico en las fístulas durales es mucho más simple y resolutivo que la embolización, siempre y cuando se respete la correcta técnica quirúrgica. En cambio, las fístulas arteriovenosas primedulares anteriores son de indicación de tratamiento endovascular; las posteriores dependerán del tamaño de la arteria comprometida y, si no es navegable, preferimos mandarla a operar.

En lo que se refiere a las MAVs piales o de superficie y las intramedulares tengo la tendencia a ocluir las al 100%, aunque a diferencia de las MAVs cerebrales, una embolización parcial o subtotal le cambia la historia natural a la malformación y, en general, dejan de sangrar y pueden permanecer estables por muchos años. Otras veces se plantea el tratamiento combinado con embolización preoperatoria en donde se puede embolizar por las arterias espinal anterior y/o espinal posterior, embolizar el nido y anular el drenaje venoso anterior, y si queda una parte de malformación con el drenaje venoso posterior participa necesariamente el cirujano. Lo ideal es que se maneje según la técnica de Spetzler siguiendo una disección peri-venosa (drenaje) y la coagulación del nido ocluyendo los aportes a nivel pial sin necesidad de hacer una mielotomía, ya que ésta aumenta la morbilidad postoperatoria. Somos partidarios de trabajar en equipo con cirujanos con experiencia en médula tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y, cuando se habla de multidisciplinariedad, el Neurointervencionista acompaña al cirujano en el quirófano, pero lo mismo debe ocurrir a la inversa. La multidisciplinariedad puede permitir a los diferentes equipos disminuir la morbilidad de la técnica. Por ejemplo, si viene un cirujano y me presenta una MAV cerebral y me dice que quiere una embolización preoperatoria, utilizo otros materiales y tomo menos riesgos que si la encaro yo para hacer un tratamiento curativo por vía endovascular. Todo es cuestión de sumar las comorbilidades y decidir por lo menos riesgoso.

**En Argentina quienes se forman en Neurointervencionismo pueden venir de la Neurocirugía o de la Radiología ¿Para usted es lo mismo de dónde vengan, cuál es su visión y opinión al respecto?**

Los que vienen de las Neurociencias (Neurocirugía o Neurología) tienen más ventajas. En cuanto al tiempo de la etapa formativa considero que los que vienen de la Neurocirugía requieren menor tiempo de formación comparado con la Neurología y lo mismo pasa entre la Neurología comparado con la Radiología. El que viene de la Radiología necesita saber más de Neurociencias, reanimación, terapia intensiva; no es llevar un catéter al cerebro sino entender la patología inserta en la anatomía vascular y conocer las eventuales complicaciones además de saber resolverlas. El Radiólogo no está acostumbrado a relacionarse con el pa-

ciente y la familia por lo que debe aprender a hacerlo: tiene que seguir al paciente y charlar mano a mano con los terapeutas. El Radiólogo está acostumbrado a ser un fotógrafo para los otros. Tiene mucho por aprender, el Neurólogo un poco menos y el Neurocirujano menos aún.

En Europa no existe la especialidad de Neurointervencionismo por lo que primero tenés que formarte en Radiología para pasar luego a hacer Neurointervencionismo. Diferente es en Japón donde los Neurointervencionistas salen de los Servicios de Neurocirugía exclusivamente.

**¿Cómo es actualmente la formación de Neurointervencionistas en el grupo de Ustedes?**

Nosotros formamos un postulante a la vez y además recibimos a los postulantes de las Becas del SILAN (Sociedad Iberoamericana de Neurorradiología Diagnóstica y Terapéutica) que tiene el aditamento de que le dan algo de dinero para poder mantenerse mientras dure la Beca y nosotros también colaboramos con algo.

**¿Qué actividades hace por fuera de la Medicina?**

Estoy convencido que es importante hacer actividad física y más en nosotros que hacemos cirugía y urgencias, por lo que es fundamental tener un cable a tierra. En mi caso tengo un personal trainer dos veces por semana y voy al gimnasio el fin de semana. He dejado de fumar rutinariamente pero puedo llegar a fumar un puro en alguna fiesta.

Leo mucho, en especial temas que me aparten totalmente de la Medicina, incluso superficialidades como los thrillers. También tengo preferencia por algunos autores y entre los latinoamericanos me gusta G García Márquez o el libro "El olvido que seremos" del colombiano Faciolince que debiera ser un libro de cabecera de mucha gente, además recientemente se hizo una película. También leo a autores españoles y franceses, me encantó leer "Los miserables" en francés y "La divina comedia" en italiano, otras joyas son los libros de Carlos Ruiz Zafón.

La música me encanta y desde los 10 años soy fanático de la música clásica y también de la lírica. Mi padre me inició en la lírica y recuerdo que me llevaba al "Gallinero" del Teatro Colón.

No soy futbolero, creo que porque mi padre tampoco lo era. A pesar de eso soy hincha de River Plate y del Real Madrid. De chico practicaba rugby.

**¿Quiere darle algún consejo para los más jóvenes?**

Tener presente que todo lo que hacemos es por y para el paciente, no debemos practicar una técnica nueva o muy compleja de entrada en el paciente, ya que para eso están los animalitos; tener la humildad de decir "voy a parar acá" cuando el procedimiento se torna peligroso y también pensar que quizás no se le resolvió el problema desde el punto

de vista anatómico pero le resolví el problema desde el punto de vista funcional o desde su expectativa de vida. Debemos saber y aprender a levantar el pie del acelerador para dejar al paciente con un buen standard de vida. Es algo que los mayores debemos transmitir a los más jóvenes y, si quieren practicar, deben hacer mucho laboratorio.

**Por último, el Comité Editorial quiere invitarlo a formar parte del Comité Científico Internacional de la Revista Argentina de Neurocirugía**

Para mi es un honor formar parte del Comité Científico Internacional de la prestigiosa Revista Argentina de Neurocirugía y agradezco al Comité Editorial por la invitación.