

COMENTARIO SOBRE TRABAJO

► ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: 21 AÑOS DE EXPERIENCIA

COMENTARIO:

DR. FERNANDO LUCAS *

Correspondencia: flucas@intramed.net.ar

El avance de las Ciencias Médicas y la Bioingeniería, han concentrado sus esfuerzos al mayor y mejor conocimiento del endotelio y la placa de ateroma, hacia el final del siglo pasado. Desde la histoarquitectura por ultrasonografía hasta la nanotecnología, son múltiples los métodos e importante la inversión en salud, apoyada por la industria, para lograr encontrar una “cura preventiva” al progreso de la placa y sus consecuentes complicaciones embólicas y obstructivas. Es allí, en la carótida extracraneana, donde se concentra la mayor cantidad de trabajos de investigación acerca del endotelio y la ateromatosis del sistema cardiovascular, simplemente por hallarse al “alcance de la mano”.

La endarterectomía carotídea ha superado todos los controles de la experiencia, el tiempo y el rigor científico de decenas de Triáis a lo largo de los últimos 57 años, desde que el grupo de Carrea y Mollins resolvieran quirúrgicamente con éxito el primer caso de patología carotídea extracraneana, realizado en la Argentina.

Observamos en el trabajo del autor que ha respetado la técnica original prolija y delicada, actualizando detalles con el transcurso del tiempo y la aparición de diferentes trabajos científicos que confirmaron los métodos diagnósticos angiográficos y el ecodoppler vascular confiable; la utilización o no de Shunt; la anestesia locoregional o general y el parche

carotídeo sobre el cierre simple. Hoy no se discute la indicación terapéutica y se ha logrado el consenso sobre grados de estenosis carotídea, y el tratamiento de pacientes sintomáticos y asintomáticos.

Si se actúa con rigor científico y responsabilidad médica y técnica, los resultados llegan solos... Y es así como lo reflejan los resultados sólidos del autor, sobre esta particular entidad que algunos han llamado “superespecialización” dentro de la cirugía cardiovascular.

Nuestro grupo realiza las endarterectomías carotídeas como protocolo técnico, bajo anestesia general, con control hemodinámico y clínico, asistido por una unidad de stroke y el “back up” de neurointervencionismo. Dejamos la anestesia locoregional para pacientes seleccionados, que ocuparon más de 50 cirugías. Contamos con doppler transcraneano, para casos indicados, sin utilizarlo sistemáticamente. Por otro lado, de rutina se realiza la endarterectomía bajo shunt tipo Pruitt-Inahara doble balón en T, excepto en aquellos casos que se imposibilita su introducción en la carótida interna (rara excepción), y el cierre carotídeo con parche de dacron knitted cero porosidad con colágeno. Podemos agregar como aporte el advenimiento de las minincisiones transversales para cirugía carotídea, centralizadas en la bifurcación carotídea y a demanda de la necesidad de ampliar la misma en raras ocasiones, y que ofrece menores complicaciones de

* Jefe del Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular del Sanatorio Colegiales, Buenos Aires, República Argentina.
Presidente de la Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular

acceso y neurológicas periféricas, además de excelentes resultados cosméticos.

Por último, bajo la experiencia de los procedimientos endovasculares, hemos comenzado hace 3 años el programa de angioplastia y stenting carotídeo en "Suite Endovascular" incorporada al quirófano de Cardiovascular; con anestesia local inguinal y neuroleptoanalgesia "stand by"; siempre con sistema de protección cerebral, utilizando el filtro e introductores hidrofílicos de 90 cm. No tenemos experiencia con otros sistemas de protección. Hemos agregado a las clásicas indicaciones de stenting carotídeo: la baja dificultad anatómica del acceso y el tratamiento de la patología carotídea bilateral comenzando con la endarterectomía del lado sintomático y luego el stenting contra-

lateral; y en los casos de asintomáticos comenzamos por cirugía abierta del lado de mayor lesión oclusiva, luego de lo cual es posible la prevención con clopidogrel previo al stenting contralateral, sin complicaciones potenciales.

Los resultados iniciales son más que alentadores y creemos fervientemente en que, la misma línea trazada por el autor del trabajo en sus 21 años de experiencia en manejo de pacientes en patología vascular extracraneana, reflejarán resultados similares en la medida que esta técnica sea responsablemente supervisada e indicada por quienes contamos con el aval de estadísticas quirúrgicas contundentes en el tratamiento de la enfermedad carotídea.