

EDITORIAL

► ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA CAROTÍDEA

POR:
DR. JORGE DE PAZ

Correspondencia: jadepaz40@hotmail.com

Discutir la importancia de la endoarterectomía carotídea versus tratamiento médico en la prevención primaria o secundaria del stroke constituye en este momento un debate fuera de lugar ya que está ampliamente comprobado en la práctica cotidiana y corroborado a través de diversos y conocidos trials como el NASCET (North American Syntomatic Carotid Endarterectomy Trial), ECST (European Carotid Surgery Trial) y ACAS (Asyntomatic Carotid Atherosclerosis Study) entre otros, que su realización en la prevención de los mismos es beneficiosa.

Quizá sea conveniente recordar, aunque no sea un tópico exclusivo del cirujano vascular, que la prevención no solo debería ser quirúrgica sino que debería incluir también el control estricto de los factores de riesgo que influyen en la aparición de la aterosclerosis en general.

El tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes, la supresión del tabaquismo así como las diversas terapias con antiagregantes plaquetarios y con reductores lipídicos actúan en el mismo sentido en la prevención de accidentes cerebrovasculares.

Por lo tanto, la mayoría de los tópicos abordados en estos últimos años han centrado su atención en definir el momento óptimo para su realización, en la utilización de diversos métodos de diagnóstico para objetivar el grado de estenosis y/o compromiso de la placa y en clasificar cuáles de los pacientes sintomáticos o asintomáticos son pasibles de cirugía y por qué.

También mucho se ha escrito y recabado sobre algunos aspectos de la técnica quirúrgica referidos a las ventajas y desventajas de la utilización de anestesia general o regional así

como de la utilización o no de shunt intraarteriales y de los diferentes tipos de parches empleados para el cierre de la arteriotomía en un intento ya sea de prevenir las complicaciones neurológicas así como las restenosis postoperatorias, hechos ambos de constante preocupación por parte del cirujano.

El criterio actual según los estudios prospectivos NASCET y ECST y siguiendo las indicaciones en Circulation y Stroke de la American Heart Association; Guidelines for Carotid Endoarterectomy hace que se considere ampliamente aceptada la indicación en pacientes sintomáticos con estenosis carotídea mayor al 70% en cirujanos con una morbilidad no mayor del 6%. En cuanto a los pacientes asintomáticos se acepta la indicación quirúrgica en aquellos con una estenosis carotídea mayor al 60% en centros quirúrgicos donde la morbilidad no supere el 3%. Otras indicaciones como las úlceras de placa, si bien realizadas cotidianamente no han sido avaladas por trials.

En el presente número de la Revista del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares y Endovasculares se publica el trabajo del Dr. Bechara donde se muestra la experiencia a lo largo de 21 años con resultados altamente satisfactorios y que evidencia sus sólidos conocimientos del tema basado en su formación teórica y práctica.

Este artículo por otra parte pone sobre el tapete una patología que no solo está ampliamente vigente sino que ha incrementado su incidencia y prevalencia y que genera una de las mayores causas de morbilidad en el mundo occidental.

Uno de los motivos que ha incidido en este aumento es por supuesto la falta de control de

los factores de riesgo ya enunciados y por otra parte la mayor longevidad del ser humano lo que hace que inevitablemente los accidentes cerebrovasculares sean cada día más frecuentes ya que la arteriosclerosis carotídea es una de sus principales causas con repercusiones importantes en cuanto a mortalidad, secuelas neurológicas y económicas.

Es decir que uno de los mayores factores de riesgo, quizás el más importante para que ocurra un accidente cerebrovascular es la edad avanzada de la población.

Cada día es más frecuente el número de personas mayores de 80 años lo cual aumenta la probabilidad de que presenten una enfermedad vascular.

El médico no puede actuar sobre el envejecimiento de las personas, pero sí prevenir estos eventos aun a riesgo de presentar mayor morbilidad la que seguramente sería menor que la que ocurriría solo con tratamiento médico.

Que la endoarterectomía carotídea es una cirugía segura en pacientes mayores de 80 años ya fue observado, pero en general no se ha focalizado la atención en este subgrupo de pacientes.

En el NASCET, solo el 6 % era mayor de 74 años (en el NASCET I directamente habían sido excluidos) y en el ECST también fue mínimo el porcentaje.

A pesar de todo los resultados en este pequeño grupo fueron satisfactorios con baja frecuencia de eventos y los mismo fueron similares a la de pacientes menores de 74 años. Sin embargo, en estos estudios como en la mayoría de las series publicadas, existe probablemente algún sesgo de selección ya que generalmente el médico elige pacientes con baja comorbilidad asociada.

¿Qué hacer con el otro grupo de pacientes con factores de riesgo importante y cuál es la importancia de este subgrupo? En pocos años, más del 50 % de los pacientes que ingresen a un hospital general por accidentes cerebrovasculares serán mayores de 80 años por lo cual debemos estar preparados para su resolución y para decidir cuál será la técnica más apropiada a utilizar.

NUEVAS PERSPECTIVAS

La aparición de nuevas técnicas de angioplastia carotídea primero sin y luego asociada con la colocación de stent y métodos de protección de la embolia cerebral permitieron alentar nuevas esperanzas en la utilización de la vía percutánea con anestesia local para tratar las estenosis carotídeas.

Sin embargo, esto no fue corroborado por los estudios posteriormente realizados.

El CAVATAS (Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study) si bien realizado previo a la utilización de stent y protectores cerebrales mostró una tasa similar de muerte o stroke a 30 días, pero con tasas elevadas en aquellos pacientes sometidos a cirugía por lo que fue ampliamente criticado (10% en ambos grupos).

El Wallstent Trial fue suspendido debido a la alta tasa de Stroke al año a pesar del uso de stents.

El SAPHIRE (Stenting and Angioplasty with Protection in Patients at High Risk for Endoarterectomy) fue el primer estudio randomizado de utilización de stent con protección cerebral en pacientes de alto riesgo. Los resultados han sido más alentadores que los previos y ha servido para que nuevos estudios multicéntricos randomizados sean iniciados en pacientes de alto y bajo riesgo (CREST).

De todas maneras no han sido concluyentes para su aplicación hasta la fecha y podemos decir sin temor a equivocarnos que salvo un número de pacientes a los que la cirugía tradicional les está contraindicado y conllevaría un elevado riesgo (cicatrices cervicales post irradiación o cirugía de cuello, restenosis, bifurcación altas del bulbo carotídeo con estenosis severas, entre otras) la cirugía carotídea sigue siendo el gold estándar, el patrón oro, en la terapéutica de la estenosis carotídea.

Esto no invalida la continuación con los estudios endovasculares realizados en centros especializados y a cargo de profesionales bien entrenados y altamente capacitados que permitan, junto con los nuevos dispositivos, mejorar a futuro las expectativas.