

EDITORIAL - EN RELACIÓN ARTÍCULO PÁGINA 168

► LA ENFERMEDAD CAROTÍDEA

POR:
DR. LUIS BECHARA ZAMUDIO*

Correspondencia: lbecharazamudio@hotmail.com

Pocas patologías como la enfermedad carotídea mantienen una diferencia de criterios tan grande entre cardiólogos/radiólogos intervencionistas y cirujanos cardiovasculares, inclusive los cirujanos que por lo demás poseen una gran experiencia endovascular. Ocurre que para los cirujanos, el conocimiento de la anatomía patológica, así como la experiencia de tantos casos realizados con endarterectomía carotídea, el cuadro clínico y la sencillez del método quirúrgico hacen que en este caso el tratamiento endovascular quede rezagado; al menos con los materiales con que se realiza hoy la colocación de *stents*, se utilice o no filtros de protección carotídea.

Quizás para otras especialidades, el *stent* sea la puerta de entrada para abordar esta patología que hasta hoy le estaba vedada. Pero lo que parecía sencillo, no lo es tanto. Los resultados en pacientes sintomáticos en todos los estudios realizados indican que la cirugía es significativamente mejor que el *stent*. Asimismo, en los pacientes que podría decirse en que puede tener mejores resultados el *stent*, como los asintomáticos, también se halla en desventaja. Quizás tenga un lugar en enfermos mayores de 80 años y en mujeres jóvenes, en los cuales, los resultados de la cirugía no son tan buenos como en el resto de los enfermos.

Lo mismo podría decirse en las reestenosis, bifurcaciones altas y cuellos con radiación por cancer. De manera que el amplio espectro de la patología carotídea es de resorte quirúrgico. Además, podemos agregar el costo del *stent* y de la endarterectomía. En el caso nuestro, realizamos la endarterectomía con anestesia

regional, siendo de escaso gasto, a comparación del gasto que significa el *stent* carotídeo. Por lo cual, el costo beneficio se reduce aún más para el *stent* respecto a la endarterectomía carotídea. Pero por qué en nuestro país se realizan hoy tantas indicaciones de *stent* aún cuando en muchos casos estarían contraindicadas, como en los pacientes con AIT.

A veces se trata de la ignorancia o falta de conocimiento del grupo que indica, pero otras veces, se trata de pobre entrenamiento del grupo quirúrgico por lo cual quedan espacios libres que deben llenarse a fin de tratar esta patología con el mejor resultado posible en cada centro. Es así que muchas veces estas carencias, hacen pensar a muchos, que el *stent* es superior o es el mejor tratamiento para la patología carotídea. Otras veces ocurre que algunos contratos favorecen el uso del *stent* al uso de la endarterectomía, aún cuando ésta sea superior, ya que el paciente ni siquiera tiene acceso al cirujano para obtener otra opinión.

No podemos olvidarnos de que la endarterectomía carotídea es una cirugía bien reglada desde hace mucho tiempo. A pesar de ello, se han hecho avances con el uso de incisiones transversas, anestesia regional, clampeo más racional de los vasos y otros manejos perioperatorios con drogas como la atorvastatina pre y postoperatoria.

Los cirujanos no estamos en contra del *stent* carotídeo *per se*, ya que muchos lo usamos cuando está indicado, la diferencia es que podemos realizar los dos métodos y elegimos el que creemos mejor para el paciente. Los dos trabajos publicados por el Dr. L. Mariano Fe-

*MACC, FACS.

reira constituyen un aporte importante para el cirujano, ya que nos dan luz en este intrincado problema como lo es el tratamiento de la enfermedad carotídea. Es además este autor, uno de los pioneros en la cirugía endovascular por lo que sus conceptos hacen más importante su posición respecto a la endarterectomía carotídea y el *stent* carotídeo.

Estas palabras no significan que el cirujano cardiovascular esté en contra de realizar el tratamiento endovascular en el sector carotídeo. Todo lo contrario, el cirujano cardiovascular no cree que en el momento actual, el *stent* carotídeo supera a la endarterectomía carotídea para el tratamiento de esta patología, que como muchas de las patologías cardiovasculares, poseen antecedentes históricos que no pueden ser soslayados. Recordemos aquí, que el primer procedimiento sobre la arteria carótida fue realizado en la Argentina, en el

año 1959 y lo realizó el Dr. Mahelz Mollins en un paciente que el Dr. Guillermo Murphy de Mendoza le derivara al Dr. Raúl Carrea del Instituto de Neurología de Buenos Aires.

Si sumamos los hechos citados, la historia, el conocimiento del tema, la facilidad con que se realizan los procedimientos, la rapidez del alta, el costo, los resultados y la bibliografía internacional, veremos el por qué la cirugía continuará siendo el *gold standard* en la patología carotídea arteriosclerótica hasta tanto el *stent* carotídeo no demuestre que es un método factible para reemplazar la endarterectomía, mejorando sus resultados; sin creer que esto puede hacerse simplemente con el aplastamiento de una placa con detritus contra la pared arterial. Esperamos ese futuro, lo alentamos pero debemos esperar con el método que mejores resultados brinda.