

EDITORIAL CIENTÍFICA

## ► EN RELACIÓN A ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES OCTOGENARIOS

AUTOR:

DR. MARIO BERAUDO\*

Correspondencia: [mariober@s6.coopenet.com.ar](mailto:mariober@s6.coopenet.com.ar)

La revascularización de órganos vitales es la indicación precisa ante la amenaza de un accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o gangrena. Desde 1954, la endarterectomía carotídea se ha usado para revascularizar el territorio que afecta la estenosis de la arteria carótida interna, técnica que fue incorporándose a pacientes más añosos que al inicio. A esta situación contribuyeron los métodos de diagnóstico con visualización más temprana de la afección y una mayor comprensión fisiológica que incidiera en la protección cerebral durante la cirugía.

La enfermedad carotídea es considerada responsable de, por lo menos, 20 ó 30% de los ictus cerebrales. Estos suponen la tercera causa de muerte en los países industrializados(1), ya que la expectativa de vida ha aumentado en los últimos 25 años y los pacientes mayores de 80 años incrementaron su población en un alto porcentaje. Por esta razón, en estudios realizados en hospitales especializados, se ha observado un aumento de procedimientos mayores y menores en pacientes que superan los 80 años de edad con múltiples comorbilidades. En esta población los resultados fueron comparables a grupos de pacientes de menor edad(2).

Actualmente, la incidencia de enfermedad carotídea en los pacientes mayores de 80 años oscila entre el 7% y el 12% en series norteamericanas.

Distintas revisiones demuestran que la endarterectomía carotídea en los pacientes con estenosis carotídea asintomática, a pesar de

presentar aproximadamente un 3% de la tasa de accidentes cerebrovasculares o de mortalidad en el perioperatorio, reduce el riesgo de accidente cerebrovascular y se considera el tratamiento más efectivo para la estenosis de arteria carótida sintomática o asintomática(3).

Como la incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, muchos estudios prospectivos y aleatorios (NASCET, ACAS) han excluido pacientes de 80 años o más porque usualmente se consideran de **“alto riesgo”** para endarterectomía carotídea. En la mayoría de las grandes series de pacientes se considera a la edad avanzada (80 años o más) como factor de alto riesgo para la endarterectomía carotídea (SAPHIRE), y se ha utilizado como indicación para procedimientos alternativos tanto el manejo médico como la angioplastia con *stent*(4).

Nuevos trabajos en los últimos años, que incluyeron a pacientes mayores de 80 años, demostraron que los resultados de la endarterectomía carotídea son comparables con los grupos de menor edad(5-6-7). Patricio Zaefferer y col. nos presentan un trabajo retrospectivo observacional, donde analizan la presencia de complicaciones mayores (ACV-Muerte) después de endarterectomía carotídea en una población de 251 pacientes, donde 24 pacientes son octogenarios, y los comparan con el grupo de menor edad. Los autores demuestran que con el procedimiento empleado no existen diferencias significativas entre los grupos estudiados en la aparición de eventos

\*Miembro de la Academia Argentina de Cirugía

mayores como accidente cerebrovascular y muerte.

La endarterectomía carotídea en pacientes octogenarios es ahora más frecuente no sólo por el aumento de la población, sino también por la experiencia recogida por el equipo médico actuante que incluye cirujanos, anes- tesiólogos y profesionales encargados de los cuidados postoperatorios.

El hecho de que la endarterectomía carotí- dea sea un procedimiento que pueda llevarse a cabo de manera segura en pacientes octoge- narios no significa que ésta deba realizarse en todos los pacientes. Es evidente que se trata de un procedimiento de alto riesgo quirúrgi- co debido a la concurrencia de múltiples en- fermedades asociadas y los resultados deben superar las expectativas de la historia natural de la enfermedad.

Se debe considerar actualmente que la en- darterectomía carotídea permanece como *gold standard* para el tratamiento de la enfe- rmedad carotídea extracraneana en todos los grupos etarios. La edad en sí misma debería colocar a los pacientes en la categoría de alto riesgo para la endarterectomía carotídea(8).

En síntesis, los resultados que presentan los autores son comparables con los de otras pu- blicaciones que muestran reportes de series con tasas de morbilidad o mortalidad perio- peratoria para la endarterectomía carotídea realmente bajas. Estos trabajos permiten con- cluir que los pacientes octogenarios con ade- cuada funcionalidad y sin contraindicaciones claras pueden ser llevados a endarterectomía carotídea de manera segura.

**Conflicto de intereses:** El autor declara que no tiene ningún interés comercial, financiero ni de propiedad en cualquiera de los produc- tos ni en las compañías que se describen en este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhan, G., Gardiner, E.D., Abidia, A.F., et al.: Risk modellig study for carotid endarterectomy. Br J Surg 2001; 88: 1590-1594
2. Hamel M, Henderson WG, Khuri SF, Daley J. Surgical Outcomes for Patients Aged 80 and Older: Morbidity and Mortality from Major Noncardiac Surgery. J Am Geriatr Soc 2005; 53:424-429
3. Miller MT, Comerota AJ, Tzulinis A, et al. Carotid endarterectomy in octogenarians: does increased age indicate "high risk"? J Vasc Surg 2005; 41: 231-237
4. Lepore MR Jr, Sternbergh WC 3rd, Salartash K, Tonnessen B, Money SR. Influence of NASCET/ACAS trial eligibility on outcome after carotidendarterectomy. J Vasc Surg 2001; 34-4: 581-586
5. Stoner MC, Abbott WM, Wong DR, Hua HT, LaMuraglia GM, Kwolek CJ, et al. Defining the high-risk patient for carotid endarterectomy: An analysis of the prospective National Surgical Quality Improvement Program database. J Vasc Surg 2006; 43: 285-296
6. Reichman BL, van Lammeren GW, Moll FL, and Borst GJ. Is Age of 80 Years a Thureshold for Carotid Revascularization? Current Cardiology Reviews, 2011, 7, 15-21
7. Miller Mt et al. Is carotid endarterectomy safe in patients over 80 years old? [www.nature.com/clinicalpractice/cardio](http://www.nature.com/clinicalpractice/cardio). August 2005; vol 2, N° 8
8. Bremner AK, Katz SG. J Am Coll Surg 2008; 207:549-553