

EDITORIAL CIENTÍFICA - COMENTARIO DE TRABAJO

► **SER O NO HACER
EVIDENCIA BASADA EN MEDICINA***

POR:
DR. JUAN ESTEBAN PAOLINI

Correspondencia: juanestebanpaolini@gmail.com

Al leer el trabajo del Dr. Pataro y col. el cual muestra muy buenos resultados obtenidos en el tratamiento endovascular de la enfermedad carotídea aterosclerótica (*Stent Carotídeo-STC*), deja vislumbrar la alternativa de expandir las indicaciones de dicho método.

La Sociedad Americana de Cirugía Vascular (SVS) recientemente reforzó los conceptos sobre la indicación del tratamiento de la enfermedad aterosclerótica carotídea extra cerebral y en tal sentido bajo la medicina basada en la evidencia no deja duda alguna sobre los beneficios y contraindicaciones del tratamiento endovascular, remarcando la importancia de la endarterectomía carotídea (EC):

1. Para los pacientes neurológicamente sintomáticos con estenosis $<50\%$ o de los pacientes asintomáticos con estenosis $<60\%$ de reducción de diámetro, está indicada la terapia médica óptima. No hay datos que apoyen EC o STC en este grupo de pacientes (**Grado 1, nivel de evidencia B**).

2. En la mayoría de los pacientes con estenosis carotídea que son candidatos para la intervención, **EC** es preferible que **STC** para la reducción de todas las causas de accidente cerebro vascular y muerte peri operatoria (**Grado 1, nivel de evidencia B**).

3. Pacientes neurológicamente asintomáticos con estenosis del diámetro $\geq 60\%$ deben ser considerados para la EC para la reducción del riesgo a largo plazo, siempre y cuando el paciente tenga una esperanza de vida de 3 a 5 años de y tasas de ictus / muerte peri operatorias pueden ser $\leq 3\%$ (**Grado 1, nivel de evidencia A**).

4. EC es preferible al STC en pacientes > 70 años de edad, con lesiones largas (> 15 mm), estenosis pre oclusiva o placas ricas en lípidos que pueden ser completamente eliminados de manera segura mediante una incisión cervical en pacientes que tengan cuello virgen y, no recibieron radiación (**Grado 1, nivel de evidencia A**).

5. STC es preferible a la EC en los pacientes *sintomáticos* con estenosis $\geq 50\%$ y estoma traqueal, situaciones en las que los tejidos locales posean cicatrices y fibrosis por cirugía ipsilateral previa o radioterapia externa, lesión del nervio craneal anterior, y lesiones que se extiendan proximal a la clavícula o distal al cuerpo vertebral C2 (**Grado 2, nivel de evidencia B**). EC es la cirugía de elección en situaciones en las que los planos del tejido ipsilateral se encuentran relativamente intactos.

* **N. de R.:** Esta Editorial Científica tiene relación con el trabajo presentado en la página 39 de la presente revista.

6. STC es preferible a la EC en los pacientes *sintomáticos* con estenosis $\geq 50\%$ y Enfermedad Coronaria severa, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (**Grado 2, nivel de evidencia C**). Al hacer esta recomendación Grado 2, el comité reconoció la dificultad de definir claramente este grupo de personas, tanto en la sintomatología como en la evaluación de riesgos, y reconoció el potencial papel más importante del tratamiento médico agresivo como terapia primaria en este grupo de alto riesgo.

7. Pacientes neurológicamente asintomáticos considerados de “alto riesgo” para la EC deben ser considerados para el tratamiento médico primario. EC se puede considerar en estos pacientes sólo con evidencia de que la morbilidad y la mortalidad peri operatoria es $<3\%$. **STC no se debe realizar en estos pacientes, excepto como parte de un ensayo clínico en curso** (Grado 1, nivel de evidencia B).

8. **No hay datos suficientes para recomendar el STC como tratamiento primario para los pacientes neurológicamente asintomáticos con 70% a 99% de estenosis de diámetro.** Los datos de CREST sugieren que en pacientes asintomáticos seleccionados adecuadamente, **STC** es equivalente a **EC** en las manos de los intervencionistas experimentados. Los operadores y las instituciones que realizan STC deben exhibir suficiente experiencia para cumplir con las directrices de AHA previamente establecidos para el tratamiento de los pacientes con estenosis carotídea asintomática. **En concreto, el accidente cerebro vascular y la muerte tasa combinada debe ser $<3\%$ para garantizar el beneficio para el paciente (Grado 2, nivel de evidencia B).**

El CACCVE en conjunto con la Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular con nueve Sociedades Científicas más consensuó en el 1ST End Of The World InterSociety Consensus EWIC (2010)

sobre este tema: *“Entre los pacientes con estenosis severa sintomática ($>70\%$) en los que la estenosis es de difícil acceso quirúrgicamente, condiciones médicas que están presentes aumentan enormemente el riesgo para la cirugía, o cuando existen otras circunstancias específicas, tales como radioterapia, estenosis o restenosis después de Endarterectomía Carotídea, el Stenting carotídeo puede ser considerado (Clase IIb, nivel de evidencia B).”*

Han transcurrido más de 20 años desde la publicación del NASCET el cual cambió la historia mundial con lo que respecta al tratamiento de la enfermedad carotídea extra cerebral. Como podemos observar las principales Sociedades Vasculares Científicas de América del Sur, del Norte así como las Europeas tienen muy en claro los alcances del tratamiento endovascular basados en estadísticas que han demostrado la importancia tanto como la necesidad de seguir realizando la Endarterectomía carotídea.

El grupo del Itoiz nos plantea la obligación por parte del Cirujano Vascular del siglo XXI, de desarrollar las destrezas necesarias para poder realizar el *stenting* carotídeo así como mejorar los resultados de la cirugía de Endarterectomía.

En resumidas cuentas el **Ser** un Cirujano Vascular implica directamente el poder **HACER** las prácticas de mayor complejidad en pacientes que realmente posean la indicación precisa con el fin de obtener los mejores resultados alejándonos del Ataque cerebral y la muerte.

REFERENCIAS

1. Updated Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. J Vasc Surg 2011;54:e1-e31
2. 1ST End of the World Inter Society Consensus. 1ª edición. CABA. Fundación Craveri. 2011 ISBN 978-987-27645-0-0
3. The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. N Engl J Med 1991; 325:445-453