

## TRABAJOS SELECCIONADOS PUBLICADOS EN OTRAS REVISTAS DE CARDIOLOGÍA

### TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES CAROTÍDEAS PRÓXIMAS A OCCLUSIÓN TOTAL META-ANALYSIS OF THE OUTCOMES OF TREATMENT OF INTERNAL CAROTID ARTERY NEAR OCCLUSION

*Br J Surg 2019 May; 106(6): 665-671. Doi: 10.1002/bjs.11159*

Las lesiones de carótida interna con obstrucción subtotal, también conocidas como próximas a la oclusión total (*internal carotid artery near occlusion*, ICANO) constituyen un tipo de presentación que aún se mantiene en controversia, siendo la opinión predominante que estos pacientes deben ser tratados con la terapia médica óptima (*best medical treatment*, BMT). No obstante, esta recomendación se basa en un nivel de evidencia III clase C, a partir de un reanálisis post hoc de datos reunidos de los estudios NASCET y ECST, publicados en 2003. AJ Meershoek y colaboradores de la Universidad de Utrecht, Países Bajos, del grupo de investigación NEON, realizaron un metaanálisis para comparar los resultados a 30 días de tratamiento (cualquier accidente cerebrovascular o muerte) y los mismos parámetros hasta el año del tratamiento, evaluados por curvas de Kaplan-Meier. Los tratamientos comparados fueron el BMT, la endarterectomía carótidea (*carotid endarterectomy*, CEA) y el stent carótideo (*carotid artery stenting*, CAS). En la investigación realizada en las bases MEDLINE, EMBASE y Cochrane Library en junio de 2018, hallaron 61 estudios, de los cuales 32 reunieron los criterios de inclusión, y los datos de pacientes individuales estaban disponibles en 11 estudios, de los cuales 703 pacientes tenían ICANO. El metaanálisis reveló que dentro de los 30 días de

iniciado el tratamiento se registraron accidente cerebrovascular o muerte en 6 pacientes (1,8%) del grupo CEA, 5 en el grupo CAS (2,2%) y 7 en los que recibieron BMT (4,9%), con diferencias estadísticamente significativas a favor de CEA sobre BMT,  $p = 0,021$ , y sin diferencias significativas entre CEA y CAS. En los resultados al año la sobrevida libre de cualquier accidente cerebrovascular fue de 96,1% para el grupo CEA, 94,4% para CAS y 81,2% para los pacientes del grupo BMT.

En la discusión de los resultados del trabajo publicado en *The British Journal of Surgery* (disponible en *full-text*) se afirma que el tratamiento médico en pacientes con ICANO no demostró superioridad sobre los abordajes invasivos a los 30 días, aunque se aclara que el número total de eventos es bajo, por lo que no se pueden obtener conclusiones definitivas. Además, el tratamiento médico en estos estudios consistió en antiagregantes prácticamente en todos los casos (47,2% solamente aspirina), estatinas en el 85,2% y antihipertensivos en 74,6%, por lo que deducen que aún hay lugar para optimizar este tipo de tratamiento. Los autores concluyen que los pacientes con ICANO deberían dejar de excluirse de los estudios controlados con asignación aleatoria, para poder llegar a conclusiones más definitivas.

### REIMPLANTE DE ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR EN LA CIRUGÍA ABIERTA DEL AAA

#### INFERIOR MESENTERIC ARTERY REPLANTATION DOES NOT DECREASE THE RISK OF ISCHEMIC COLITIS AFTER OPEN INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM REPAIR

*J Vasc Surg 69(6):1825-1830. Doi: doi.org/10.1016/j.jvs.2018.09.04*

La colitis isquémica consecutiva a la cirugía abierta del aneurisma de aorta abdominal se mantiene como una complicación grave, registrada en el 1% al 6% en la cirugía electiva y hasta en el 60% en los casos de aneurisma roto. Esta complicación tiene altas tasas de mortalidad, estimadas en el 67%. El reimplante de la arteria mesentérica inferior para prevenir esta complicación se realiza a discreción del cirujano basado en los hallazgos intraoperatorios, aunque no existen evidencias claras que apoyen esta decisión. Lee K y col., del Departamento de Cirugía del George Washington University Hospital, Washington DC, EE. UU., publican un análisis retrospectivo sobre la base de datos del Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica (NSQIP) del American College of Surgeons, en el que recopilaron los datos de aneurisma de aorta infrarrenal (AAA) con reparación quirúrgica electiva, desde 2012 a 2015. Fueron excluidos las urgencias, los pacientes en los que fue necesario el clampeo suprarrenal y los que requerían revascularización visceral o tenían obstrucción crónica de arteria mesentérica inferior. Reunieron los criterios de inclusión 672 pacientes, de los cuales 637 tuvieron ligadura de arteria mesentérica inferior (IMA-L) y en 35 casos se realizó reimplante arterial (IMA-R). No hubo diferencias significativas en las variables demográficas de ambos grupos, así como en el tamaño del aneurisma o en la extensión distal hacia las arterias ilíacas.

Las principales diferencias entre los dos grupos se registraron en el tiempo quirúrgico, menor en el caso de los IMA-L (77 minutos vs. 109,3), menor tasa de reinternación (7,5% vs. 11,4% para IMA-R); a su vez, los pacientes del grupo IMA-r tuvieron mayor tasa de reoperación (20% vs. 7,2% para IMA-L); aunque las razones de la reoperación no se consignaron en todos los casos, entre sus causas figuran colitis isquémica y otras isquemias intestinales, hemorragias, complicaciones del injerto y pseudoaneurismas. Los pacientes del grupo IMA-R tuvieron mayor incidencia de complicaciones de la herida comparados con IMA-L (17,1% vs. 3%) e infecciones de la prótesis (8,9% vs. 0,9%). Los autores llaman la atención sobre la mayor cantidad de colitis isquémica en el grupo IMA-R (8,6% vs. 2,4% para IMA-L), diferencia que se mantuvo después de las correcciones estadísticas.

Los autores admiten limitaciones por el escaso número de pacientes con reimplante, el carácter retrospectivo del trabajo, la incapacidad de controlar los hallazgos intraoperatorios y la ausencia de algunos datos de relevancia, como la pérdida sanguínea o el control posoperatorio de la permeabilidad de la arteria mesentérica inferior. A pesar de estas limitaciones, afirman que el reimplante de la arteria mesentérica inferior no es eficaz como mecanismo preventivo de la isquemia intestinal. Las indicaciones clínicas para el reimplante de esta arteria se mantienen poco definidas y su papel en el contexto de la reparación quirúrgica del AAA sigue sin establecerse.