



## 23021 - STENT VS. ENDARTERECTOMÍA EN PACIENTES CON ESTENOSIS DE CARÓTIDA ASINTOMÁTICA DE ALTO RIESGO

Figuera Aguirre, G.<sup>1</sup>; Toscano Prat, C.<sup>1</sup>; Silva Ordovás, V.<sup>1</sup>; Cánovas Verge, D.<sup>1</sup>; Barrachina, O.<sup>2</sup>; Romero, N.<sup>3</sup>; Correa, R.<sup>3</sup>; Lorite Díaz, N.<sup>3</sup>; Perendreu Sanz, J.<sup>3</sup>; Camats, M.<sup>4</sup>; Martínez Toiran, A.<sup>4</sup>; González Cañas, E.<sup>4</sup>; Fernández Pérez, I.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Sabadell; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Fundación Hospital Manacor; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital de Sabadell; <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Sabadell; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Mar.

### Resumen

**Objetivos:** La elección entre endarterectomía carotídea (EAC) y *stenting* carotídeo (CAS) en la estenosis carotídea asintomática (ECA) es controvertida. Las guías actuales recomiendan intervención en pacientes con ictus silentes, progresión de la estenosis, placa inestable, microembolias o reserva hemodinámica exhausta. El objetivo es comparar las tasas de complicaciones y evolución clínica entre pacientes con ECA tratados mediante CAS/EAC.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con ECA > 70% (NASCET) (enero 2022 y mayo 2024) tratados mediante EAC/CAS. Se recogieron variables demográficas, clínicas y radiológicas y se evaluaron complicaciones periprocedimiento y mortalidad hospitalaria. En el seguimiento al mes y al año se determinaron eventos clínicos y pronóstico funcional con la escala de Rankin modificada (mRS).

**Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes con ECA (68 años  $\pm$  7,09; 15% mujeres). Se identificaron 21 CAS y 38 EAC. La tasa de complicaciones periprocedimiento fue similar (CAS: 14,3%; EAC: 13,2%). En el grupo CAS se registró: trombosis *intrastent*, hematoma inguinal y pseudoaneurisma femoral. En el grupo EAC se registró: lesión del nervio recurrente (n = 3) y hematoma cervical con necesidad de reintervención (n = 2). No se registró mortalidad hospitalaria. Al mes de seguimiento se documentó un evento cardiovascular y una hemorragia cerebral en el grupo EAC. Sin eventos adicionales en ningún grupo al año. Al final del seguimiento, todos los pacientes presentaban mRS  $\leq$  2.

**Conclusión:** En nuestra cohorte CAS y EAC mostraron tasas similares de complicaciones periprocedimiento, pero EAC presentó más eventos adversos al mes. Ambos fueron seguros, sin mortalidad y con buen pronóstico al año. Un enfoque individualizado y multidisciplinar es crucial para toma de decisiones.