

**REUNIÓN NACIONAL DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.
50 JORNADAS ANGiológicas**

Sitges (Barcelona), 2-5 de junio de 2004

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA

Introducción

P. Lozano-Vilardell

La enfermedad cerebrovascular provocó 105.974 ingresos hospitalarios en España en el año 2001 [1]. A pesar del desarrollo de fármacos más potentes para el tratamiento de la hipertensión arterial, de la aparición de nuevos antiagregantes plaquetarios y de las estatinas, de la trombólisis y de la modificación en la conducta de la población con los factores de riesgo, sobre todo con el tabaquismo, el ictus fue la tercera causa de mortalidad en España provocando ese mismo año 36.567 muertes [2]; fue precedido tan sólo por la isquemia miocárdica y el cáncer. Se estima que un 30% de estos ictus son secundarios a una estenosis de la arteria carótida interna.

Hace ya más de medio siglo que se realizó el primer procedimiento quirúrgico sobre la arteria carótida para prevenir el ictus [3]. Desde entonces se han hecho centenares de miles de endarterectomías carotídeas, principalmente en Europa y Norteamérica, generalmente a pacientes con síntomas neurológicos diagnosticados por angiografía de estenosis carotídea.

El diagnóstico por ultrasonidos (primero con Doppler y después con eco-Doppler), extendió el procedimiento a un grupo mucho más numeroso de población con lesiones carotídeas asintomáticas. A principios de la década de los 80, la gran cantidad de pacientes intervenidos y la falta de evidencia del beneficio clínico obtenido, hizo que la endarterectomía carotídea fuera objeto de duras críticas provenientes del campo de la neurología [4,5]. Por ese motivo, se diseñaron y realizaron grandes ensayos clínicos que demostraron que los pacientes con síntomas neurológicos asociados a una estenosis carotídea > 70%, demostrada por angiografía, se beneficiaban de la endarterectomía carotídea, a pesar de que existía un riesgo de un 6-8% de ictus o muerte perioperatoria [6,7]. Posteriormente, los ensayos realizados en pacientes asintomáticos demostraron el mismo beneficio clínico, siempre que la tasa de ictus o muerte perioperatoria no superara el 3% [8,9].

La introducción y el desarrollo de los procedimientos endovasculares está re-

Correspondencia:

Dr. Pascual Lozano Vilardell. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitari Son Dureta. Andrea Doria, 55. E-07014 Palma de Mallorca (Baleares). E-mail: plozano@hsd.es

© 2004, ANGIOLOGÍA

volucionando el campo de la cirugía vascular. Así, en la última década se ha producido un desarrollo tecnológico importante, que ha permitido que el tratamiento endovascular (mediante *stent* y angioplastia, asociado a sistemas de protección cerebral) de la estenosis carotídea presente resultados similares al tratamiento quirúrgico estándar. Aunque existe gran controversia sobre estos procedimientos, de momento parece que tiene el futuro asegurado en los pacientes de alto riesgo. Habrá que esperar la conclusión de los ensayos clínicos que se están llevando a cabo para saber cual es el papel de la endarterectomía y de la angioplastia en la prevención del ictus.

Este número monográfico de *ANGIOLOGÍA* se ha dedicado al diagnóstico y al tratamiento de la estenosis carotídea y servirá para completar la mesa redonda que la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular ha elegido para su 50 Congreso.

Se ha pretendido realizar una revisión minuciosa y lógica de los conceptos más controvertidos y actuales. Una revisión de este tamaño y complejidad requería la participación de muchos autores con adecuada solvencia y experiencia.

Quiero agradecer el tiempo y el esfuerzo que ha supuesto para todos ellos escribir y revisar las diversas partes de esta monografía.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2001. Inebase 2004. URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>. Fecha última visita: 14.05.2004.
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte año 2001. Inebase 2004. URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>. Fecha última visita: 14.05.2004.
3. Carrea R, Molins M, Murphy G. Cirugía de la trombosis espontánea de la carótida interna en el cuello; anastomosis carótido-carotídea; caso clínico y análisis de la literatura sobre casos quirúrgicos. Medicina 1955; 15: 20-9.
4. Barnett HJ, Plum F, Walton JN. Carotid endarterectomy –an expression of concern. Stroke 1984; 15: 941-3.
5. Winslow CM, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Merrick NJ, Brook RH. The appropriateness of carotid endarterectomy. N Engl J Med 1988; 318: 721-7.
6. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) investigators. Stroke and Trauma Division. Clinical alert: benefit of carotid endarterectomy for patients with high-grade stenosis of the internal carotid artery. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Stroke 1991; 22: 816-7.
7. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. Lancet 1991; 337: 1235-43.
8. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. JAMA 1995; 273: 1421-8.
9. Halliday A, Mansfield A, Marro J, Peto C, Peto R, Potter J, et al. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. Lancet 2004; 363: 1491-502.