

Extractos

INDICACIONES QUIRURGICAS EN LESIONES CAROTIDEAS ASINTOMATICAS (Les indications chirurgicales des lésions carotidiennes asymptomatiques).— **E. Paes. H. Hamann, J. F. Vollmar y J. M. Friedrich.** «Annales de Cardiologie et d'Angéiologie», vol. 41, Nº 5, pág. A-39; mayo 1992.

En los últimos años se ha visto un aumento significativo de incidencia de accidentes vasculocerebrales con disfunción neurológica transitoria o persistente. Si bien los pacientes sintomáticos con estenosis de la arteria carótida se benefician claramente del tratamiento quirúrgico, la indicación de cirugía profiláctica en lesiones carotídeas asintomáticas es todavía controvertida. Basándonos en los datos procedentes de un estudio prospectivo randomizado recientemente finalizado, así como en el análisis de la bibliografía sobre el tema, se discuten las indicaciones y los resultados del tratamiento quirúrgico de las estenosis asintomáticas de arterias carótidas.

Desde 1970 hasta 1990, un total de 744 reconstrucciones uni o bilaterales de las arterias carótidas fueron llevadas a cabo en 631 pacientes. La morbilidad (déficit neurológico permanente) y mortalidad peroperatoria fue de 1,1% (n=8) respecto a 0,8% (n=6). Durante el período de seguimiento (hasta 18 años) nueve pacientes sufrieron accidentes vasculares cerebrales AVC, lo cual supone un 1,2%. La incidencia de AVC anual es de 0,2%.

Para la indicación del tratamiento quirúrgico, un importante prerrequisito es la denominada estenosis crítica de la arteria carótida interna, determinante de una reducción en la respuesta vasomotora cerebral o un aumento del riesgo de embolismo cerebral por una placa ulcerada. La cuidadosa selección de los pacientes (exclusión de pacientes con múltiples patologías) y un equipo de expertos cirujanos cardiovasculares, con morbilidad y mortalidades peroperatorias por debajo de un 1-2%, asegura la validez del tratamiento quirúrgico en las estenosis carotídeas asintomáticas.

Conclusiones: 1.º— La reparación quirúrgica de las estenosis hemodinámicamente críticas y de las placas ulceradas es, en el momento actual, el medio de prevención más efectivo de AVC. Con la estandarización de la técnica de la intervención reconstructiva se ha podido llegar a un riesgo operatorio bajo.

2.º— Criterios de selección importantes son el número total de arterias implicadas, la presencia de estenosis carotídea crítica, lesiones isquémicas en el TAC craneal y la ausencia de patologías concomitantes múltiples.

3.º— Para la realización de la cirugía profiláctica es necesario que el cirujano vascular tenga una larga experiencia. El postulado de **Jesse Thompson**, el cual cuenta con 20 años de antigüedad, es todavía considerado cierto por la opinión general: «la mortalidad operatoria debería ser inferior a un 1% y las complicaciones no superiores a un 2%».