

Riesgos, causas y prevención del ictus isquémico en ancianos con estenosis sintomática de la arteria carótida interna

S Alamowitch, M Eliasziw, A Agra, H Meldrum y H J M Barnett, en representación del North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) Group

Lancet 201; 357(9263): 1154-60

Fundamento. La endarterectomía carotídea beneficia a los pacientes con estenosis sintomática del 70-99% en la arteria carótida interna, con un menor beneficio para una estenosis del 50-69%. No se conoce el posible beneficio de la endarterectomía carotídea en pacientes de 75 años de edad y más.

Métodos. Se comparó a pacientes de 75 años de edad o más a partir del North American Symptomatic Carotid Endarterectomy con los de 65 a 74 años y menos de 65 años de edad para las características basales y el riesgo de ictus isquémico ipsilateral a los dos años por el grado de estenosis y el grupo de tratamiento.

Resultados. En los pacientes con estenosis del 70-99%, la reducción del riesgo absoluto de ictus isquémico ipsilateral después de endarterectomía carotídea fue del 28,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 12,9-44,9) para los pacientes de 75 años o mayores ($n = 71$), 15,1% (7,2-23,0) para los de 65 a 74 años de edad ($n = 285$), y del 9,7% (1,5-17,9) para el grupo más joven ($n = 303$). Entre pacientes con una estenosis del 50-69%, la reducción del riesgo absoluto sólo fue significativa en los de 75 años y más ($n = 145$; 17,3% [6,6-28,0]). El riesgo perioperatorio de ictus y mortalidad con cualquier grado de estenosis fue del 5,2% para el grupo más anciano, del 5,5% para el grupo de 65 a 74 años de edad, y del 7,9% para el grupo de menos de 65 años de edad. El número necesario de pacientes de 75 años de edad o más a tratar para prevenir un ictus ipsilateral al cabo de dos años fue de 3 con una estenosis del 70 al 99% y de 6 con una estenosis del 50 al 69%.

Interpretación. En la prevención del ictus isquémico ipsilateral, los pacientes ancianos con estenosis carotídea sintomática del 50 al 69% se beneficiaron más de la endarterectomía carotídea que los pacientes más jóvenes. Para obtener este beneficio del tratamiento, es preciso que los cirujanos sean expertos y deben excluirse los pacientes con otras enfermedades que representan un riesgo.

COMENTARIO

Si bien en las últimas décadas han disminuido las tasas de mortalidad e incapacidad de la enfermedad cerebrovascular aguda o ictus, no ha ocurrido lo mismo con su incidencia; ello ha conducido, debido al incremento en el tiempo de supervivencia media del ictus, a un aumento de su prevalencia, convirtiéndose en una de

las enfermedades crónicas más importantes a cualquier edad, pero especialmente en las personas de edad avanzada¹. El descenso en la mortalidad y gravedad o incapacidad del ictus obedece, por una parte, al mejor control de los factores de riesgo y, por otra, al disponer de unas medidas terapéuticas más efectivas.

Existe un incremento tanto en la incidencia como en la prevalencia de ictus en relación con la edad. Las tasas de incidencia de un primer ictus y de prevalencia global de ictus, ajustada por edad y sexo a la de la población europea de 1991, son de 17,31 por 1.000 personas/año y del 7,06%, respectivamente, en las personas de 75 años o mayores. El incremento de la edad se asocia con una superior mortalidad postictus y tiene una influencia negativa en la predicción de incapacidad². Los ictus que ocurren en las personas de edad avanzada ocasionan un mayor grado de dependencia e incapacidad que los que acontecen en personas más jóvenes. Estos pacientes tienen un riesgo de precisar cuidados a largo plazo 2,8 veces superior al de los que nunca han sufrido un ictus; el porcentaje de personas que precisan institucionalización se incrementa espectacularmente después de los 75 años de edad. Las tasas de supervivencia a los 5 años oscilan entre el 39 y el 60%, claramente inferiores a las del resto de la población. El incremento en el riesgo relativo es de 1,6, algo más evidente en las mujeres que en los varones, y más elevado durante el primer año; es probable que este exceso de riesgo de muerte esté relacionado con la comorbilidad más que con el ictus en sí mismo. La incidencia de enfermedad cardíaca es significativamente superior en los pacientes mayores 65 años; las arritmias y la insuficiencia cardíaca congestiva son las enfermedades cardíacas que causan la mayoría de muertes en la población de edad más avanzada. Además, los pacientes que han sufrido un ictus tienen un incremento en el riesgo de demencia de 4 a 12 veces superior al del resto de la población. En poblaciones mayores de 75 años casi una tercera parte de los pacientes que sobreviven a un ictus tienen demencia, y ésta es, por sí misma, un fuerte predictor de recurrencia de ictus y de muerte en las personas mayores. Esto obedece en gran parte a que en estos pacientes la probabilidad de no recibir tratamiento, tanto específico de la fase aguda como de prevención secundaria del ictus, es muy elevada; además, en aquellos en los que sí se indica la terapia preventiva su grado de cumplimiento es bajo³.

La endarterectomía carotídea está claramente indicada en pacientes con ataque isquémico transitorio carotídeo o infarto cerebral con secuelas ligeras o moderadas y estenosis de la arteria carótida interna ipsilateral del 70-99% (medición NASCET) o del 78-99% (criterio europeo). En el caso de infarto cerebral con secuelas moderadas, la intervención se realizará entre el mes y los 6 meses siguientes al ictus. La morbilidad quirúrgica debe ser inferior al 6%^{4,5}. El tratamiento no es útil en las estenosis del 0-30%, y puede estar indicado en algunas situaciones con estenosis sintomáticas del 31-69% (criterio americano)⁶. En pacientes asintomáticos la endarterectomía carotídea reduce el riesgo de ictus isquémico

ipsilateral en los sujetos con estenosis moderada-importante (60-99%) de la arteria carótida interna extracranal: reducción del riesgo absoluto del 5,9% y reducción del riesgo relativo de ictus a los 5 años del 53% en comparación con la aspirina. Es necesario que el riesgo quirúrgico sea inferior al 3% y la expectativa de vida superior a 5 años.

Con frecuencia se ha considerado la edad avanzada un factor de riesgo y un criterio de exclusión para la endarterectomía carotídea y, así, en algún estudio de la década de los ochenta se apreciaba un incremento de la mortalidad quirúrgica en relación con la edad⁷. Ésto no se ha comprobado en otros estudios más recientes que han valorado los resultados de la endarterectomía carotídea en pacientes mayores de 70 años, en los que se aprecia una baja tasa de mortalidad operatoria (0-1,3%) y de morbilidad (3,1-12,7%), y una excelente evolución a largo plazo⁸; en alguno sólo se observa una estancia hospitalaria postoperatoria ligeramente más prolongada⁹. En el estudio NASCET 409 pacientes tenían una edad igual o superior a 75 años en el momento de su aleatorización. Al valorar el efecto del tratamiento quirúrgico en la reducción del riesgo absoluto de ictus isquémico ipsilateral a los dos años de seguimiento, los autores encuentran que este efecto es diferente según el grupo de edad valorado: la mayor reducción se da en los pacientes de mayor edad y la menor en los más jóvenes; si bien ello es válido para cualquier grado de estenosis, resulta especialmente evidente en las estenosis graves y moderadas. En el grupo de estenosis del 70-99%, el riesgo de ictus isquémico ipsilateral a los dos años fue del 36,5% en los que habían sido tratados médicaicamente por sólo del 7,6% en los que habían sido tratados quirúrgicamente, lo que significa una reducción del riesgo absoluto de sufrir un ictus isquémico ipsilateral a los dos años del 28,9%; expresado de otra forma: sólo hay que tratar a tres pacientes quirúrgicamente para prevenir un ictus isquémico ipsilateral en dos años. En el grupo de estenosis del 50-69% la reducción del riesgo absoluto fue del 17,3% y el número de pacientes necesarios a tratar para evitar un nuevo episodio de 6. No se obtuvo beneficio significativo de la endarterectomía en pacientes con estenosis de menos del 50% en ningún grupo de edad. Los pacientes más mayores de este estudio se beneficiaron más de la endarterectomía que los pacientes más jóvenes en todas las categorías de graduación de la estenosis sintomática de la arteria carótida interna. Ello obedece, por una parte, a un mayor riesgo de sufrir un ictus isquémico en la población de más edad y, por otra, a un inferior riesgo perioperatorio durante los 30 primeros días postintervención (5,2% en las personas mayores de 75 años por 7,9% en las menores de 65 años). Sin embargo, debemos tener presente que este grupo de pacientes ancianos del estudio NASCET tenía un porcentaje inferior de alguno de los factores de riesgo de vascular: tabaquismo, diabetes mellitus, dislipemia, arteriopatía periférica e ictus previo, en comparación con los otros grupos de menor edad. Estos resultados, al igual que los del estudio ECST¹⁰, demuestran que en pacientes mayores de 75 años con estenosis sintomática

hemodinámicamente significativa de la arteria carótida interna, que no tienen factores de riesgo médico importantes, la endarterectomía es un procedimiento seguro. Ello reafirma la necesidad de realizar el estudio etiológico en todas las personas de edad avanzada que han presentado un ictus. La investigación del árbol arterial de forma no invasiva (estudios Doppler) es inocua para el paciente y permite, entre otras cosas, detectar la posible existencia de una arteriopatía carotídea hemodinámicamente significativa que sea tributaria de tratamiento quirúrgico. Además, es imprescindible una correcta evaluación neurológica y clínica para seleccionar a los pacientes correctamente, y disponer de un equipo de cirugía vascular con una buena tasa de complicaciones perioperatorias.

J. Álvarez Sabin

Bibliografía

1. Barker WH, Mullooly JP. Stroke in a defined elderly population, 1967-1985. A less lethal and disabling but no less common disease. *Stroke* 1997;28:284-90.
2. Sharma JC, Fletcher S, Vassallo M. Strokes in the elderly -higher acute and 3 month mortality-an explanation. *Cerebrovasc Dis* 1999;9:2-9.
3. Moroney JT, Tseng CL, Paik MC, Mohr JP, Desmond DW. Treatment for the secondary prevention of stroke in older patients: the influence of dementia status. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:824-9.
4. NASCET. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med* 1991;325:445-53.
5. ECST. Interim results for symptomatic patient with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. *Lancet* 1991;337:1235-43.
6. Barnett HJM, Taylor DW, Eliasziw M, et al. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. *N Engl J Med* 1998;339:1415-25.
7. Rosenthal D, Ruddeman RH, Jons DH. Carotid endarterectomy in the octogenarian. Is it appropriate? *J Vasc Surg* 1986;3:782-7.
8. Perler BA, Williams GM. Carotid endarterectomy in the very elderly: is it worthwhile? *Surgery* 1994;116:479-83.
9. Perler BA. The impact of advanced age on the results of carotid endarterectomy: an outcome analysis. *J Am Coll Surg* 1996;183: 559-64.
10. ECST. Final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST). *Lancet* 1998;351:1379-87.