

Reestenosis carotídea posterior a la colocación de stent y endarterectomía: un análisis secundario del CREST, estudio aleatorizado y controlado

Restenosis after carotid artery stenting and endarterectomy: a secondary analysis of CREST, a randomized controlled trial

Lal BK, Beach KW, Roubin GS, Lutsep HL, Moore WS, Malas MB, et al.; CREST Investigators. Restenosis after carotid artery stenting and endarterectomy: a secondary analysis of CREST, a randomized controlled trial. Lancet Neurol. 2012;11:755-63.

La enfermedad aterosclerótica de la arteria carótida es una causa importante de accidente cerebrovascular isquémico (ACVi). Tanto la endarterectomía carotídea como el stent carotídeo se han establecido como un tratamiento eficaz.

El estudio *Carotid Revascularization Endarterectomy vs. Stenting Trial* (CREST) comparó la endarterectomía carotídea frente a revascularización por colocación de un stent en pacientes con estenosis carotídea extracraneal sintomática o asintomática. Los resultados indicaron que ambos procedimientos presentaron tasas similares con respecto a su objetivo primario: ACV periprocedimiento, infarto de miocardio, muerte o subsecuente ACV ipsilateral. Según diferentes estudios la aparición de reestenosis después de la colocación de stents y de endarterectomía carotídea es del 5 al 20%, dependiendo de su definición y la duración del seguimiento. En este estudio se realiza un análisis secundario del CREST evaluando como objetivo primario combinado la reestenosis u oclusión carotídea a los 24 meses. Los participantes fueron evaluados por ecografía dúplex realizada al mes y a los 6, 12, 24 y 48 meses posteriores a la revascularización. La reestenosis u oclusión fue definida como una reducción en el diámetro de la arteria objetivo de al menos el 70%, diagnosticada por un pico de velocidad sistólica de al menos 3,0 m/s.

De 2.191 participantes incluidos en este análisis fueron tratados 1.086 con stent carotídeo y 1.105 con endarterectomía carotídea. En 2 años de seguimiento 58 (6,0%) pacientes

tratados con stent carotídeo y 62 (6,3%) tratados con endarterectomía carotídea tenían reestenosis u oclusión (hazard ratio [HR] 0,90; IC 95%: 0,63 -1,29; $p=0,58$). El sexo femenino, diabetes y dislipidemia fueron predictores independientes de reestenosis u oclusión para los 2 procedimientos, mientras que el tabaquismo solo se asoció a endarterectomía carotídea. Excluyendo a los 96 pacientes que tuvieron un evento periprocedimiento, los participantes que tenían reestenosis u oclusión dentro 2 años poseían un mayor riesgo de ACVi ipsilateral. Sin embargo, no puede afirmarse si la reestenosis se presentó previamente o asociada al ictus agudo.

Comentario

Después de 2 años de seguimiento las tasas de reestenosis o oclusión fueron similares para los 2 grupos de tratamiento, y se lograron identificar predictores independientes asociados. Si bien ambos grupos presentaron características similares, el tratamiento antiplaquetario no fue el mismo y el seguimiento por imágenes se realizó solo con ecografía, método operador dependiente. Sin embargo, se destaca la utilidad del presente estudio en cuanto al seguimiento prolongado en el tiempo, como la identificación de factores de riesgo para los pacientes sometidos a tratamientos de revascularización carotídea, ambos importantes para garantizar el éxito terapéutico.

Ricardo Alonso
Servicio de Neurología, Hospital J.M. Ramos Mejía,
Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: ricardoalonsohrm@gmail.com

1853-0028/\$ – see front matter
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2013.01.002>