

Reestenosis temprana tras *stenting* carotídeo

J. Vilariño-Rico, I. Hernández-Lahoz, J.J. Vidal-Insua, R.J. Segura-Iglesias

Caso clínico. Varón de 68 años, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva en tratamiento, tabaquismo y un accidente cerebrovascular hace ocho años, con hemiplejía residual de miembro superior izquierdo. Se diagnostica de estenosis crítica de la carótida interna izquierda y oclusión de la carótida interna derecha mediante eco-Doppler y angiografía de troncos supraaórticos. Se realiza angioplastia e implantación de *stent* de nitinol 7 × 10 mm (Acculink[®], Guidant Europa) en la carótida interna izquierda según técnica de Criado et al [1] y abordaje transcervical, con buen resultado. Al cuar-



Figura 1. Angiorresonancia diagnóstica: reestenosis intra-*stent* del 80%.

to mes de control clínico se detecta una reestenosis asintomática intra-*stent* del 80% con angiorresonancia (Fig. 1). Se interviene mediante endarterectomía de la carótida interna izquierda, retirada del *stent* (Fig. 2) y cierre directo con un tiempo de pinzamiento de 25 minutos, sin *shunt* asociado. La anatomía patológica confirmó hiperplasia neointimal (Fig. 3). El paciente está asintomático y sin datos de nuevas estenosis a los 6 meses del control clínico postoperatorio.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña, España.

Correspondencia: Dr. Jorge Vilariño Rico. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Xubias de Arriba, 84. E-15006 A Coruña E-mail: vilaparma@yahoo.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

Discusión. El *stenting* carotídeo representa hasta el 20% de los procedimientos carotídeos anuales en los grupos de mayor experiencia [2]. La reestenosis intra-*stent* varía entre las diferentes series, aunque la mayoría de los autores la cifran entre un 5 y 12% a los 12 meses de control clínico.

Existen varios factores pronósticos de reestenosis, como el tratamiento de estenosis previas, la edad



Figura 2. Imagen intraoperatoria de la retirada del *stent* carotídeo.



Figura 3. Hiperplasia intimal intra-*stent*.

avanzada y el sexo femenino. La resolución de la reestenosis intra-*stent* supone un reto para el cirujano vascular, ya que existe controversia entre el tratamiento quirúrgico (endarterectomía y/o *bypass*) [3]

y el endovascular (angioplastia, nuevo *stent*). En nuestro caso, la retirada del *stent* se produjo sin complicaciones intraoperatorias y con un resultado satisfactorio.

Bibliografía

1. Criado E, Doblas M, Fontcuberta J, Orgaz A, Flores A. Transcervical carotid artery angioplasty and stenting with carotid flow reversal: surgical technique. *Ann Vasc Surg* 2004; 18: 257-61.
2. Sullivan T. Current indications, results, and technique of carotid angioplasty/stenting. *Semin Vasc Surg* 2005; 18: 87-94.
3. Quiñones-Baldrich WJ. Recurrent carotid stenosis after angioplasty and stenting. *J Vasc Surg* 2005; 41: 718.