

dían ser atribuidas a lesiones carotídeas. Tras el cambio de política, 61 pacientes con estenosis carotídea unilateral fueron sometidos a cirugía cardíaca sin revascularización previa. Ninguno de estos pacientes sufrió un ictus durante los primeros 30 días del postoperatorio. Estos resultados están en consonancia con los publicados por Ghosh et al (Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005;29:88-89): 50 pacientes con un riesgo de ictus (RI) de 0%; Schwartz et al (J Vasc Surg. 1995;21:146-53): 67 pacientes RI 1-5%; Nakamura et al (Ann Thorac Surg. 2008;34:1005-8): 29 pacientes RI 0% o Manabe et al (Eur J Cardiothorac Surg. 2008;34:1005-8): 41 pacientes RI 0%. El problema de los estudios mencionados es el relativo bajo número de casos de pacientes incluidos. Asimismo, en la presente serie es difícil valorar cuál es el peso específico que podrían tener los ictus asociados a estenosis carotídeas no detectadas antes de la cirugía cardíaca por adolecer de cribaje carotídeo sistemático prequirúrgico.

Si valoramos los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas en torno a cirugía simultánea frente a cirugía en dos tiempos (tanto para endarterectomía carotídea como para *stent* de la arteria carótida), observamos que pocos incluyen datos de suficiente calidad (heterogeneidad de la muestra, unilateralidad o bilateralidad de la lesión, endarterectomía carotídea profiláctica o tras sintomatología previa, sesgo en la selección de pacientes por la tendencia a intervenir de forma simultánea a pacientes en situación cardiológica más inestable, etc.) como para establecer comparaciones que permitan un análisis adecuado en el supuesto que ocupa el presente estudio. Heyden et al (Circulation. 2007;116:2036-42), sobre una serie de 334 pacientes con

*stent* de la arteria carótida previo a CABG, observaron una tasa de mortalidad/ictus a 30 días de 6,7% concluyendo que la baja morbimortalidad de su serie justificaba el tratamiento en dos tiempos en pacientes con estenosis carotídea unilateral asintomática. Sin embargo, los resultados del presente estudio parecen cuestionar esta afirmación. En el metaanálisis de Naylor et al en el que analizaron los resultados de la cirugía en dos tiempos (*stent* de la arteria carótida previo a CABG) en una cohorte de 760 pacientes, predominantemente con enfermedad carotídea unilateral asintomática, el riesgo de muerte/ictus a 30 días fue de 9,1% (Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009;37:379-87). A la luz de estos resultados los autores concluyen que la estrategia de revascularización en dos tiempos *stent* de la arteria carótida + CABG parece una alternativa atractiva y menos invasiva que endarterectomía carotídea + CABG. Sin embargo, se cuestionan si es razonable someter a un riesgo del 9% a una población con patología carotídea mayoritariamente asintomática.

En conclusión, aunque la serie objeto de este comentario es pequeña como para aportar conclusiones definitivas, cuestiona la prevalente opinión de que la cirugía profiláctica (endarterectomía carotídea/*stent* de la arteria carótida) puede disminuir significativamente el riesgo de ictus peroperatorio en estos pacientes.

**A. Ysa y A.A. Arruabarrena**

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul.  
Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.  
august.ysa@osakidetza.net

## Historia natural de la arteria ilíaca común en presencia de un aneurisma de aorta abdominal

*Richards T, Dharmadasa A, Davies R, Murphy M, Perera R, Walton J. Natural history of the common iliac artery in the presence of an abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg. 2009;49:881-5.*

**Objetivo.** Los pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA) con frecuencia desarrollan aneurismas de la arteria ilíaca común (AIC). Queremos establecer la historia natural de las AIC en presencia de AAA y desarrollar un modelo para predecir su crecimiento.

**Métodos.** Los datos se obtuvieron desde un solo centro, desde 1996 hasta 2006, con pacientes sometidos a control de su AAA. Se recogió el diámetro máximo del AAA y de ambas AIC anualmente. Una AIC mayor de 16 mm fue considerada como aneurisma. Se aplicó un modelo de regresión para predecir la tasa de crecimiento de las AIC.

**Resultados.** Se sometió a exploración mediante eco-doppler, al menos en dos ocasiones (media: 4; rango: 2-11) a 191 pacientes con AAA. El diámetro medio de las AIC fue

de 12 mm (desviación estándar: 5,0); el 41% de los pacientes tuvo una AIC mayor de 16 mm. Una AIC mayor de 16 mm presentó mayor tendencia a expandirse (81% frente a 53%  $p = 0,0001$ ) particularmente en pacientes con un AAA en expansión (73% frente a 43%  $p = 0,0005$ ). Un gran diámetro del AAA fue asociado a una mayor AIC ( $p = 0,0341$ ). El crecimiento de las AIC fue proporcional al tamaño de su línea basal. Se puede predecir que una AIC de 16 mm alcanzaría un diámetro de 25 mm (156% o 5,6% por año), y si es de 23 mm, alcanzaría un diámetro de 35 mm en 10 años (152% o 5,2% por año). En total, se puede predecir un crecimiento de una AIC en un 5,7% por año.

**Conclusión.** La AIC en presencia de un AAA se expande con el tiempo. Las AIC mayores de 16 mm tienen más probabilidad de incrementar su diámetro. El seguimiento periódico con eco-doppler de las AIC menores de 16 mm no es necesario. Estos datos pueden ser utilizados para ayudar al planteamiento quirúrgico de las AIC en presencia de un AAA.

## Comentario

Se trata de un estudio prospectivo que estudia la historia natural de los aneurismas de la AIC en presencia de un AAA pequeño (diámetro 3-5,5 cm) e intenta establecer un modelo predictivo del crecimiento de las AIC entre 16 y 26 mm.

Los aneurismas de AIC son más frecuentes en pacientes mayores ( $72,3 \pm 0,5$  años), el 99% se describen en AIC, con predominio del sexo masculino, el 75% de ellos se asocia a AAA y existe una similar distribución entre la arteria derecha y la izquierda. Los aneurismas de la AIC pueden ser asintomáticos o sintomáticos, pero debido al espacio existente en la región pélvica, los aneurismas de AIC pueden alcanzar grandes diámetros de forma silente hasta que un hallazgo casual permite realizar el diagnóstico. Cuando dan sintomatología, generalmente los aneurismas de AIC mayores de 4 cm, suele ser debido a la compresión extrínseca de estructuras vecinas como el uréter, el intestino delgado, la vena ilíaca, el nervio ciático o el femoral.

El eco-doppler es el estudio complementario para realizar un diagnóstico de confirmación. Además, nos permite realizar un seguimiento seguro ya que esta técnica está disponible, no es invasiva, es fácilmente reproducible y no consume grandes recursos económicos.

En el trabajo demuestran cómo las AIC en los pacientes con AAA pequeños tiende a expandirse con el tiempo, sobre todo si el AAA asociado incrementa su diámetro. La tasa de expansión de los aneurismas de AIC depende también del diámetro basal y este estudio muestra cómo las AIC de más de 16 mm de diámetro tienen más probabilidad de expandirse. Se realizó un seguimiento con eco-doppler en el que se objetivó cómo los aneurismas de la AIC de entre 15-30 mm, la mayoría acompañados de AAA, presentan una tasa de crecimiento de 1 mm por año, aunque un tercio permaneció invariable durante el periodo de estudio (3,4 años).

Otros autores han descrito una tasa de expansión de 2,6 mm por año en AIC con diámetros superiores a los 3 cm, siendo similar para aneurismas de AIC aislados o acompañados de un AAA.

El modelo presentado en el estudio es limitado ya que no puede predecirse el crecimiento de AIC mayor de 26 cm, aunque su rotura es rara si su diámetro es inferior a 4 cm. Además, estos datos no reflejan el impacto de factores de riesgo como el tabaquismo y la hipertensión arterial. Conocer el comportamiento de las AIC tiene gran importancia a la hora de plantear el tratamiento quirúrgico de las mismas. Debido a su lento crecimiento, la reparación quirúrgica de los aneurismas de AIC pequeños (entre 16-35 mm) vendrá condicionada por la necesidad de tratar el AAA concomitante. Así, ante una reparación quirúrgica abierta de un AAA, se recomienda la reparación concomitante de las AIC con un diámetro menor de 18 mm. Si se opta por un tratamiento endovascular, es importante sellar bien tanto la parte proximal como la distal de la endoprótesis aortoiliaca para evitar el desarrollo de *endoleak* tipo I. Se puede lograr un buen sellado distal con AIC de 14 mm. Sin embargo, cuando la AIC es 14-20 mm, los *endoleak* tipo I son más frecuentes, lo cual hace necesario un cuidadoso seguimiento después del procedimiento debido al proceso de expansión de la AIC no recubierta.

**L. del Río-Solá**

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico  
Universitario de Valladolid. Valladolid. España.  
mlriosol@yahoo.es