

# Extractos

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA EFECTIVIDAD Y DURACION DE LA ENDARTERIECTOMIA CAROTIDEA (Prospective Study of the Effectiveness and Durability of Carotid Endarterectomy).— **Thoralf M. Sundt, Jr., Jack P. Whisnant, O. Wayne Houser y Nicolee C. Fode.** «Mayo Clinic Proceedings», vol. 65, n.º 5, pág. 625; mayo 1990.

Se realizó un seguimiento clínico y angiográfico durante un período de 2 a 6 años (media 3,2 años) de una serie de 252 pacientes consecutivos sometidos en total a 282 endarteriectomías carotídeas. En un 95% de los casos se realizó postoperatoriamente una angiografía de substracción digital (DIVAS). Se consiguió realizar un seguimiento clínico adecuado en el 97% de los casos y un seguimiento mediante (DIVAS) en un 66%. La morbilidad operatoria «minor» fue en conjunto de un 1% (tres casos de lesión neurológica mínima), no se produjo morbilidad «major», pero sí un 0,7% de mortalidad (un fallecimiento producido por un accidente vascular cerebral y otro por un infarto de miocardio). Las complicaciones registradas se correlacionaban adecuadamente con la categoría de riesgo a la que pertenecían los pacientes. Durante el seguimiento se produjeron 10 accidentes vasculares cerebrales leves, de los cuales sólo uno pudo atribuirse a la arteria reconstruida; se registraron también 10 episodios de isquemia cerebral transitoria, 3 de los cuales se relacionaban probable-

mente con una estenosis recurrente. En el seguimiento mediante DIVAS se detectó un 10% de reestenosis asintomática, de leve a moderada, en la carótida interna o en la carótida común y un 3% de estenosis severa u oclusión. En 48 casos (26% de los pacientes estudiados con DIVAS) se evidenció una progresión de la estenosis de la arteria carótida común o interna opuesta, siendo 10 de estos casos sintomáticos. El análisis de los pacientes a los que se les practicó una endarteriectomía indicaba que la probabilidad acumulada de presentación de un accidente vascular ipsilateral al mes era de un 1,5% y de un 2% a los 5 años. La probabilidad acumulada de un accidente vascular ipsilateral, isquemia cerebral transitoria o de déficit neurológico isquémico reversible era de un 4% al mes y de un 8% a los 5 años; o inferior a un 1% por año, después del primer mes desde el momento de la segunda intervención quirúrgica.

La gravedad potencial de la estenosis de la arteria carótida quedó ya bien establecida en los clásicos estudios de **C. Miller Fisher** y cols. Además, durante años se han publicado y reconocido las implicaciones de los accidentes isquémicos transitorios. Las publicaciones de los principales centros médicos indican que la endarteriectomía en manos expertas se asocia a una baja morbilidad y mortalidad. Durante los últimos años, sin embargo, la comunidad médica ha expresado una justificada preocupación acerca de la fre-

cuencia, indicaciones y resultados de la endarteriectomía carotídea, planteando la cuestión de si existe la posibilidad de que el tratamiento sea más perjudicial que la enfermedad en sí. Por otra parte, han sido relativamente pocas las publicaciones aparecidas en las que se analice con profundidad el seguimiento a largo plazo de pacientes sometidos a endarteriectomía carotídea. Sólo en un caso previo se publicó un análisis actuarial de los casos. En vista del amplio número de intervenciones realizadas, existe una escasa información acerca de la durabilidad estructural de la reparación por sí misma.

\* \* \*

TOMA DE DECISION DE CARA A LA INCERTIDUMBRE: EL CASO DE LA ENDARTERIECTOMIA CAROTIDEA (Decision Making in the Face of Uncertainty: The Case of Carotid Endarterectomy).— **Devid M. Matchar.** Editorial de «Proceedings Mayo Clinic» vol. 65, n.º 5, pág. 756; mayo 1990.

El tratamiento de los pacientes con accidentes vasculares cerebrales se ha caracterizado por la amplia gama de posturas, desde el «nihilismo terapéutico hasta el tratamiento entusiasta con medios no probados». Nunca esta variabilidad en la práctica médica ha sido más evidente como en el caso de la endarteriectomía carotídea para la prevención de un accidente vascular cerebral. Las posiciones de los expertos han variado desde un fuerte apoyo de la

técnica hasta una postura de dura crítica. La práctica de la comunidad médica refleja esta diversidad de opiniones, dando lugar a variaciones substanciales sobre utilización entre los distintos medios y áreas geográficas. Recientemente se ha producido una tendencia a la reducción del número de endarteriectomías carotídeas que puede reflejar un creciente acuerdo en cuanto a las aplicaciones inadecuadas de dicha técnica. El número de intervenciones realizadas y la variabilidad en su práctica exceden lo que los expertos consideran razonable. Resulta de extrema urgencia determinar cuáles son las indicaciones adecuadas de la endarteriectomía carotídea en vista de que esta técnica se comprueba que está siendo realizada con una seguridad por debajo de la óptima en algunos centros.

**Conclusión.** A pesar de la tendencia a la disminución en la fre-

cuencia de su uso, la endarteriectomía carotídea continúa siendo una técnica común. Deberían realizarse ensayos clínicos que ayudarán a esclarecer cuáles son los subgrupos de pacientes y cuáles son las condiciones quirúrgicas que deben existir para que se tenga en consideración la práctica de una andarteriectomía carotídea. A pesar de que estos ensayos puedan ayudar a disminuir nuestra incertidumbre científica, continúa debiéndose tomar la decisión de practicar o no dicha intervención basándonos todavía en una gran escasez de conocimientos. A este respecto, puede ser útil establecer un «modelo de decisión» como método para integrar los resultados de los estudios clínicos con los datos obtenidos en la experiencia local.

Después de tener en cuenta la incertidumbre científica (los límites de la investigación disponible) y la incertidumbre cognitiva (las limitacio-

nes de cada individuo para sintetizar evidencias complejas), creemos que existe una conducta asociada al criterio médico individual. Teniendo en mente la posibilidad de cometer errores de criterio (comentados aquí unos pocos), debemos tener especial cuidado en evitar las trampas cognitivas que nos hacen inclinarnos por el uso de tratamientos que tanto pueden ser beneficiosos como perjudiciales. No debemos pensar que nuestros pacientes son una excepción dentro del grupo de pacientes que parece no se van a beneficiar de la endarteriectomía carotídea solamente porque nos parezcan casos especiales. En ausencia de evidencias científicas que lo apoyen y de una cuidadosa lógica, debemos evitar que nos domine nuestro propio impulso de realizar cualquier tipo de acción sobre nuestros pacientes que pueda suponer un error.