

Prevención del Ictus y cirugía carotídea

Prevention of the Ictus and Carotid Surgery

El Ictus es la tercera causa de muerte del mundo occidental. La incidencia de Ictus en Europa se sitúa entre los 250-350 por cien mil habitantes (1). Aproximadamente el 80% es secundario a enfermedad tromboembólica, y de ellas, aproximadamente una tercera parte tienen el Ictus originado en una lesión carotídea previamente asintomática (2). En España la enfermedad cerebro-vascular es la primera o segunda causa de muerte en mujeres y hombres respectivamente (3).

El National Public Health Service (NPH) en USA ha comprobado que cada año medio millón de individuos tienen un ACV, la mitad de los cuales mueren antes de un mes y del resto el 40% sufre un grave déficit neurológico incapacitante. El 10% causará largas estancias hospitalarias y únicamente el 10% tiene recuperación íntegra. Siendo la causa isquémica en torno al 80% y el otro 20% son hemorrágicos.

La historia natural de la estenosis carotídea mayor del 70% que sufre un AIT, tiene un riesgo de Ictus en el primer año del 12% y acumulativo a los 5 años del 30-35% (4).

Si la estenosis carotídea es asintomática el riesgo de Ictus es del 2 al 5% durante el primer año. Es más la mayoría de enfermos con estenosis asintomática que acaba con Ictus no muestran síntomas de alerta. La presencia de ulceraciones es también un marcador de potenciales Ictus: se ha asociado a un 7.5% al año de Ictus (5-6).

El paciente que ha sufrido un Ictus tiene un riesgo de Ictus secundario del 5 al 9% por año, con riesgo acumulativo de 5 años de un 25 al 45% de sufrir otro Ictus (7).

El tratamiento óptimo de la estenosis carotídea no está establecido. El tratamiento con antiagregantes es de valor indudable en pacientes que han sufrido AIT'S, pero solo previene el 25% de los ACV embólicos y no tiene ningún efecto en los infartos de causa hemodinámica. La anticoagulación no proporciona mayores beneficios.

Por lo tanto, una considerable proporción de ACV no puede prevenirse con el tratamiento médico tradicional, es por ello que la endarterectomía carotídea fue difundiendo como tratamiento siendo fuente de discusión debido a los riesgos del procedimiento.

“No existe parcela de la cirugía vascular mejor evaluada que la endarterectomía carotídea”.

Tras muchos años de controversias sobre la utilidad de la endarterectomía carotídea la publicación de los resultados de dos ensayos clínicos, el European Carotid Surgery Trialists (ECST) y el North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) ha devuelto la confianza en este procedimiento como método para la prevención del Ictus, demostrando ser

superior al tratamiento con antiagregantes plaquetarios en los pacientes sintomáticos con estenosis superior al 70% (8-9-10).

En las estenosis carotídeas asintomáticas su indicación es más cuestionada por los clínicos, y se acepta tras la lectura del Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS) el beneficio de la cirugía en estenosis superiores al 75% sin factores asociados de riesgo con esperanza de al menos 5 años, independientemente del estado de la carótida contralateral, siempre que los resultados del grupo quirúrgico presenten cifras aceptables de morbi-mortalidad, apreciándose menor beneficio en la mujer.

Concluyendo, el criterio actual según los estudios prospectivos ECST y NASCET y siguiendo las indicaciones publicadas en *Circulation* y *Stroke* de la AHA: Guidelines for Carotid Endarterectomy, las indicaciones probadas para tratar lesiones en la carótida interna son las siguientes:

1) Pacientes sintomáticos con estenosis carotídea ipsilateral superior al 70% en manos de cirujanos cuya morbi-mortalidad combinada sea inferior al 6%.

2) Estenosis carotídea asintomática superior al 60% en manos de cirujanos cuya tasa de morbi-mortalidad no sea superior al 3%.

Estas son las únicas líneas probadas y, en general, aceptadas como el patrón oro en el tratamiento de las estenosis de la arteria carotídea interna. Si bien otras indicaciones podrían considerarse como aceptables (ulceraciones), no han sido probadas de forma prospectiva y randomizada.

La reciente revisión Cochrane con grado de evidencia concluye que existe el beneficio de la cirugía en pacientes con estenosis superiores al 50% con medición NASCET o 70% con medición ECST. También en cirujanos con una morbi-morbilidad no superior al 6% (10).

La endarterectomía carotídea no proporciona beneficio en los pacientes sintomáticos con estenosis leves (8-9).

Actualmente se han introducido terapéuticas endovasculares en el campo de los troncos supra-aórticos, (básicamente dilataciones por balón o bien Stents). La eficacia a corto y largo plazo de estas terapéuticas no es bien conocida por lo tanto, deberían ser consideradas como experimentales comparadas con el estándar terapéutico, es decir, la endarterectomía carotídea. En el último año se ha cerrado el estudio CAVATAS sin poder ser concluyente. Actualmente existen ensayos prospectivos. Como tales terapéuticas experimentales deberían ser llevadas a cabo dentro del marco de un ensayo clínico y con un consentimiento informado por parte del paciente, en donde se especifique el grado de

conocimiento y la tasa de complicaciones de esta terapéutica.

Otras líneas de estudio como la terapéutica fibrinolítica en la fase aguda está consiguiendo buenos resultados así como el estudio de nuevos fármacos neuroprotectores.

Dr. A. Calderón Glez. de Durana
Servicio de Cirugía Cardiovascular
Clínica Virgen Blanca. Bilbao

Referencias bibliográficas

1. Bamford J, Sandercock P, Dennis M. Oxfordshire community stroke project. Incidence of stroke in Oxfordshire. First years experience of a community stroke register. *BMJ*, 1993;287:713-7.
2. Hankey G. Investigation and Imaging strategies in acute stroke and TIAs. *Hospitl Update*, 1992(Feb):107-24.
3. Medrano M et al. Effect of age, Birth Cohort, and Period of Death on Cerebrovascular Mortality in Spain, 1952 Through 1991. *Stroke*, 1996;28(1):40-44.
4. Dennis M, Bamford J, Sandercock P et al. Prognosis of transient ischemic attacks in the Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke* 1990;21:848-853.
5. Hennerici M, Hulsbomer HB, Hefter H et al. Natural history of asymptomatic extracranial arterial disease: Results of long term prospective study, *Brain* 1987;119:777-791.
6. Norris JW, Zhu CZ, Borstein NM et al. Vascular risk of asymptomatic carotid stenosis. *Stroke* 1991;22:1485-1490.
7. Sacco RL, Wolf PA, Kannel WB et al. Survival and recurrence following stroke: The Framingham Study. *Stroke* 1982; 13:290-295.
8. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group: MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. *Lancet*, 1991;337:1235-43.
9. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators: Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high grade carotid stenosis. *NEJM*, 1991;325:445-53.
10. Cina CS, Clase CM, Haynes RB. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, 2,2001. Oxford: Update Software.