



ORIGINAL

Evolución natural de la reestenosis tras endarterectomía carotídea



C. Aramendi Arieta-Araunabeña*, C. Casco Aguilar, L. Estallo Laliena, M. Vega de Ceniga, M. López San Martín y Á. Barba Vélez

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital de Galdakao Usansolo, , Galdakao, España

Recibido el 8 de septiembre de 2014; aceptado el 20 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 5 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Carótida;
Endarterectomía;
Historia natural;
Reestenosis

Resumen

Objetivos: Registrar la incidencia de reestenosis tras endarterectomía carotídea (EDAc), observar su evolución natural e identificar los factores de riesgo para su desarrollo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte prospectiva de EDAc realizadas en 2006-2011. Registramos: datos clínicos, detalles quirúrgicos, desarrollo de reestenosis moderada (REM) (50-69%), reestenosis severa (RES) ($\geq 70\%$) y oclusión. El seguimiento se realizó con ecodoppler carotídea en los 6, 12, 18 y 24 meses tras la intervención, y después anualmente en caso de REM/RES. Todas las RES se confirmaron con angio-RNM. Ninguna reestenosis se reintervino de forma abierta ni endovascular. Realizamos un análisis descriptivo y utilizamos chi-cuadrado/test de Fisher para la definición de factores de riesgo de RES.

Resultados: Incluimos 186 carótidas, 77 (41,4%) sintomáticas, y se utilizó parche (dacron) en 19 (10,2%) casos. El primer año detectamos 20 (10,8%) REM de las cuales 9 (45%) remitieron (a $< 50\%$) y una (5%) progresó a RES el 2.º año. Se observaron 12 (6,5%) RES el 1.º año, 4 (33,3%) remitieron (a 50-69%) durante el 2.º año y 3 (25%) más durante el 3.º año. Ninguna RES se ocluyó ni fue sintomática. Se ocluyeron 2 carótidas el primer año (una fue sintomática) y una el segundo año, sin reestenosis $\geq 50\%$ previa. El uso de puntos de Kunlin aumentó el riesgo de desarrollar RES (OR 3,61; IC = 95%: 1,13-11,57; $p = 0,023$).

Conclusiones: La RES tras EDAc mayoritariamente con cierre directo es poco frecuente. La evolución natural de las RES durante el seguimiento es benigna. Los puntos de Kunlin se asocian con el desarrollo de RES.

© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claudiaaramendi@gmail.com (C. Aramendi Arieta-Araunabeña).

KEYWORDS

Carotid artery;
Endarterectomy;
Natural history;
Restenosis

Natural history of restenosis after carotid endarterectomy**Abstract**

Objectives: To determine the incidence of restenosis after carotid endarterectomy (CEA), as well as to observe its natural history and identify the risk factors for its development.

Material and methods: Retrospective study of a prospective cohort of CEA performed in 2006-2011. The variables recorded were: clinical data, surgical details, incidence of moderate restenosis (MRE) (50-69%), severe restenosis (SRE) ($\geq 70\%$), and occlusion. The patients were followed-up with carotid duplex-scan 6, 12, 18 and 24 months after the procedure, and annually thereafter if MRE/SRE was found. All SRE were confirmed with MRI. No restenosis was surgically or endovascularly repaired. A descriptive analysis was performed, and Chi-squared/Fisher's exact test was used for the definition of SRE risk factors.

Results: A total of 186 patients with carotid endarterectomy were included, 77 (41.4%) performed in symptomatic patients, and a patch (dacron) used in 19 (10.2%) cases. During the first year of follow-up 20 (10.8%) MRE were found, with 9 of them (45%) regressed (to $< 50\%$) and one (5%) progressed to SRE during the second year. SRE was observed in 12 (6.5%) patients during the first year of follow-up, and 4 (33.3%) regressed (to 50-69%) during the second year, and 3 (25%) more during the third year. No SRE were occluded or became symptomatic. Two carotid arteries became occluded during the first year (one caused a stroke), and one more during the second year, without previous $\geq 50\%$ restenosis. The use of Kunlin stitches increased the risk of developing SRE (OR 3,61; 95%CI: 1.13-11.57; $P= .023$).

Conclusions: SRE after CEA, mostly with direct suture, is infrequent. The natural history of SRE during follow-up is benign. Kunlin stitches are associated to the development of SRE.

© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La estenosis carotídea y su reparación quirúrgica mediante endarterectomía ha sido extensamente estudiada, quedando demostrada su superioridad respecto al tratamiento médico óptimo en pacientes seleccionados^{1,2}. Se han publicado incidencias de reestenosis tras endarterectomía carotídea (EDAc) de 4 al 16%³. Existen 2 fenómenos etiológicos que explican la naturaleza de las reestenosis: la hiperplasia miointimal es la principal causa de la reestenosis en los 2 primeros años tras el procedimiento quirúrgico, atribuyendo a la progresión de la enfermedad arterioesclerótica las recurrencias tardías⁴. Los pacientes intervenidos por estenosis carotídea mantienen un cierto riesgo de eventos cerebrovasculares tanto ipsi- como contralaterales a lo largo de su seguimiento. Sin embargo, el riesgo clínico que implica el desarrollo de reestenosis carotídea no está claro, ya que, a diferencia de la reestenosis por progresión de la enfermedad, la hiperplasia intimal no presenta trombo ni superficies lipídicas friables que contribuyan a fenómenos embólicos⁵. Esta incertidumbre se traduce en una ausencia clara de pautas para su manejo terapéutico.

El objetivo de este estudio es definir la incidencia y evolución de reestenosis tras EDAc en los primeros 3 años de seguimiento en nuestro centro y estudiar los posibles factores que influyen tanto en su desarrollo como en su progresión.

Material y métodos

Realizamos un estudio retrospectivo, basado en una cohorte prospectiva de EDAc realizadas en nuestro centro entre los

años 2006 y 2011. Se excluyó a los pacientes que presentaron una mortalidad precoz (≤ 30 días), a aquellos que fallecieron previamente al 1.º control (30 días-6 meses), a los que presentaron una oclusión carotídea precoz (≤ 30 días), las EDAc fallidas, las endarterectomías de la arteria carótida común y las revascularizaciones mediante bypass carótido-carotídeo o subclavio-carotídeo.

Registramos:

- Los datos demográficos: sexo y edad.
- Los factores de riesgo cardiovascular clásicos que presentaban los pacientes en el momento de la cirugía: considerando hipertensión arterial (HTA) si los pacientes presentaban tensión arterial basal $> 140/90$ mmHg en 2 mediciones basales, o si recibían tratamiento dietético o farmacológico; diabetes mellitus (DM) si los pacientes presentaban una glucemia basal ≥ 126 mg/dL, o una HbA1c $\geq 6,7\%$, o si recibían tratamiento (dietético, anti-diabéticos orales o insulina); y dislipidemia (DLP) si los pacientes presentaban unas cifras de colesterol total ≥ 200 mg/dL o LDL-CL ≥ 100 mg/dL, o HDL-CL ≥ 45 mg/dL o triglicéridos ≥ 200 mg/dL, o si recibían tratamiento dietético o farmacológico específico. También documentamos el hábito tabáquico activo o previo de los pacientes.
- La comorbilidad asociada: cardiopatía isquémica definida como antecedentes de angor, infarto agudo de miocardio o revascularización coronaria (percutánea o abierta); enfermedad pulmonar obstructiva crónica cuando el paciente había sido diagnosticado por un neumólogo y recibía tratamiento específico o seguía controles periódicos en sus consultas; e insuficiencia renal crónica (IRC) cuando se objetivó en la analítica basal una creatinina sérica $> 1,3$ mg/dL.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867357>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867357>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)