



ORIGINAL

Endarterectomía carotídea precoz versus diferida en estenosis carotídea sintomática



M. Ballesteros-Pomar*, J.C. Fletes-Lacayo, E. Menéndez-Sánchez, G. Novo-Martínez, N. Sanz-Pastor y F. Vaquero-Morillo

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, Hospital Universitario de León, León, España

Recibido el 17 de marzo de 2014; aceptado el 1 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 19 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Arteria carótida interna;
Estenosis carotídea sintomática;
Endarterectomía carotídea precoz

Resumen

Introducción: El momento óptimo para realizar la endarterectomía carotídea (EAC) tras un ictus es controvertido. Aunque estudios preliminares sugirieron que un período de 6 semanas tras el ictus era recomendable, el hallazgo en estudios recientes de un alto riesgo de recurrencia de ictus tras un primer episodio sustenta la EAC precoz. Revisamos nuestra experiencia para examinar los resultados perioperatorios según el momento quirúrgico de la EAC en pacientes sintomáticos.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de una base de datos prospectiva con 349 EAC llevadas a cabo en nuestro servicio de Cirugía Vascular en el período 2002-2014, de las cuales 226 se realizaron en pacientes sintomáticos (64,7%). La EAC fue considerada «precoz» si se realizaba en los primeros 14 días tras el ictus, y «diferida» cuando se efectuaba después de 14 días. Revisamos nuestra experiencia para analizar resultados perioperatorios según el momento de la EAC.

Resultados: De 226 EAC, las indicaciones fueron: accidente isquémico transitorio en el 46% de los casos e ictus en el 45,1%. La tasa global de ictus-muerte perioperatoria es del 3,9%. La proporción de pacientes sometidos a EAC precoz (≤ 14 días) es del 34,1%, siendo los pacientes en los que se realiza EAC diferida (> 14 días) el 65,9%. Los factores demográficos y de comorbilidad son similares en ambos grupos. En el grupo EAC precoz fue más frecuente el «signo de la cuerda» que en aquellos intervenidos de forma diferida (5,2% vs. 0,7%; $p < 0,05$). Los resultados inmediatos (< 30 días) en la cohorte EAC precoz fueron: 0 (0%) complicaciones cardiológicas; 0 (0%) accidentes isquémicos transitorios; 2 (2,6%) ictus ipsilaterales; ningún ictus contralateral; y 2 casos de mortalidad (2,6%). En la cohorte tardía, 2 (1,3%) complicaciones cardiológicas; 2 (1,3%) accidentes isquémicos transitorios; 4 (2,7%) ictus ipsilaterales; ningún ictus contralateral; y 2 fallecimientos (1,3%); $p > 0,05$.

Conclusiones: Puesto que no hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados perioperatorios entre ambos grupos consideramos que la EAC precoz dentro de los primeros 14 días tras el evento neurológico puede llevarse a cabo con seguridad.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mballesterospomar@gmail.com (M. Ballesteros-Pomar).

KEYWORDS

Internal carotid stenosis;
Symptomatic carotid stenosis;
Early carotid endarterectomy

Early versus delayed carotid endarterectomy in symptomatic carotid stenosis**Abstract**

Introduction: The optimal timing of carotid endarterectomy (CEA) after ipsilateral hemispheric stroke is controversial. Although early studies suggested that an interval of about 6 weeks after a stroke was preferred, more recent data support early carotid endarterectomy. A review of our experience is presented in order to examine perioperative outcome as regards the timing of CEA in symptomatic patients.

Material and methods: A retrospective review of a prospective database of all CEAs performed in our Vascular Surgery Department from 2002 to 2014 showed that 349 CEAs were performed, of which 226 (64.7%) were on symptomatic patients. CEA was considered «early» if performed ≤ 14 days from symptom onset, and «delayed» if performed after > 14 days following the symptoms.

Results: Of 226 CEAs, 46% had a transient ischemic attack and 45.1% had stroke as indications for surgery. The 30-day death/stroke rate was 3.9%. Early CEA (≤ 14 days) was performed on 34.1% of patients, with delayed CEA (> 14 days) being performed on 65.9%. Demographics and comorbidity were similar between groups. Patients who underwent early CEA were significantly more likely to have the «string sign» than patients in the delayed group (5.2% vs 0.7%, $P < .05$). For 30-day outcomes, in the early CEA cohort: cardiological complications: 0 (0%); transient ischemic attack: 0 (0%); ipsilateral stroke: 2 (2.6%), contralateral stroke: 0%; deaths: 2 (2.6%), and in the delayed CEA cohort: cardiological complications: 2 (1.3%); transient ischemic attack: 2 (1.3%); ipsilateral stroke: 4 (2.7%), contralateral stroke: 0 (0%); deaths: 2 (1.3%), $P > .05$.

Conclusions: There were no differences in 30-day adverse outcome rates between the early and delayed CEA cohorts. On the basis of these results it appears that early carotid endarterectomy (< 14 days) can be safely performed.

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

Introducción

El papel de la endarterectomía carotídea (EAC) en pacientes sintomáticos con enfermedad carotídea extracraneal ha sido firmemente establecido desde la publicación, en la década de los 90, de los clásicos estudios North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET)¹ y European Carotid Surgery Trial (ECST)². Sin embargo, el período de tiempo hasta la realización de la EAC tras un evento neurológico («timing») se ha convertido, actualmente, en tema de controversia. Históricamente, la literatura había sugerido que tras un accidente cerebrovascular (ACV) la EAC debía efectuarse una vez transcurridas 6 semanas desde el evento isquémico cerebral³, con objeto de minimizar el riesgo de ictus perioperatorio. La publicación, en el año 2004, de un reanálisis por subgrupos de los estudios NASCET y ECST (CETC)⁴ marcó el punto de inflexión, cuestionando el paradigma histórico consistente en diferir la EAC 6 semanas tras el ictus. Este estudio había concluido que los pacientes con una estenosis carotídea $\geq 70\%$ sintomática se beneficiaban más si eran intervenidos dentro de las 2 primeras semanas tras el ictus. Como consecuencia de este hallazgo, las guías clínicas⁵⁻⁷ han sido revisadas, recomendándose la cirugía de revascularización carotídea en el período de 2 semanas post-ACV. Con todo, el escenario actual es que no existe unanimidad sobre cuándo es el mejor momento para realizar la EAC, y el «timing» óptimo e ideal para llevarla a cabo es objeto de un encendido debate.

El objetivo de este estudio es aportar nuestra experiencia en EAC en pacientes sintomáticos y analizar los resultados perioperatorios según el «timing».

Pacientes y métodos

Se lleva a efecto una revisión retrospectiva de una base de datos prospectiva que recoge la cirugía de revascularización carotídea por enfermedad carotídea extracraneal efectuada en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2013.

En este período son realizadas 349 EAC de las cuales 226 (64,7%) corresponden a pacientes sintomáticos, definiéndose como sintomáticos, siguiendo las directrices del NASCET y ECST, aquellos que han presentado un evento isquémico cerebral en los 6 meses previos a la cirugía (superado el período de 6 meses el paciente es incluido en la categoría de asintomático).

En todos los casos existía estenosis carotídea $\geq 70\%$ en el lado sintomático diagnosticada mediante arteriografía o con la combinación de 2 pruebas no invasivas (ecodoppler + angio-RM o angio-TAC).

Se excluyen los procedimientos de revascularización carotídea tipo bypass.

La base de datos consta de las siguientes variables: 1) Edad. 2) Sexo. 3) HTA. 4) Diabetes mellitus. 5) Dislipidemia. 6) Cardiopatía isquémica (angina, IAM). 7) Enfermedad arterial periférica: patología isquémica de miembros inferiores, patología aneurismática o ambas. 8) Tabaco (exfumador, fumador, no fumador). 9) Fibrilación auricular. 10) Clínica neurológica: AIT (déficit neurológico de duración inferior a las 24 h, puede ser hemisférico o retiniano [amaurosis fugax]); infarto cerebral o «stroke», definido como déficit neurológico de duración superior a las 24 horas confirmado por la presencia de lesión en TAC; síntomas inespecíficos:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867502>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867502>

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