

Enfermedad arterial no coronaria (VII)

Revascularización de la arteria carótida interna

Jean-Louis Mas

Departamento de Neurología y Unidad de Accidentes Cerebrovasculares. Hôpital Sainte-Anne. París. Francia.

La endarterectomía de la arteria carótida continúa siendo el tratamiento de revascularización estándar para la prevención de los accidentes cardiovasculares isquémicos derivados de una estenosis carotídea severa. En los pacientes con una estenosis sintomática del 70% o superior, pero sin oclusión total o subtotal de la arteria, la cirugía ofrece grandes ventajas. Éstas son más dudosas en los pacientes con estenosis sintomática del 50-69%, y la cirugía no tiene efecto alguno, e incluso aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, en aquellas personas cuya estenosis es inferior al 50%. La intervención quirúrgica también ha demostrado reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares en pacientes asintomáticos con una estenosis del 60-99%, pero el beneficio absoluto es sólo del 1% por año. No hay pruebas evidentes del beneficio de la cirugía en mujeres asintomáticas tras 5 años de seguimiento y se desconocen las ventajas de ésta en pacientes asintomáticos mayores de 75 años. Antes de tomar decisiones al respecto se deben considerar los factores individuales, en particular en pacientes con estenosis carotídea asintomática (60-99%) o moderadamente sintomática (50-69%), con el fin de mejorar la relación beneficio/riesgo de la cirugía.

Los datos actuales no avalan la preferencia de la angioplastia con endoprótesis sobre la endarterectomía en los pacientes con estenosis carotídea sintomática o asintomática que sean buenos candidatos para la cirugía. En malos candidatos quirúrgicos, la endoprótesis puede ser equivalente a la cirugía, pero aún queda por determinar si cualquiera de los tipos de revascularización de la carótida es superior al tratamiento médico aislado.

Palabras clave: Arterias carótidas. Aterosclerosis. Ensayos clínicos. Revascularización. Endoprótesis. Cirugía. Isquemia cerebral.

Internal Carotid Artery Revascularization

Carotid endarterectomy remains the standard revascularization technique for the prevention of ischemic stroke resulting from severe carotid stenosis. Surgery is highly beneficial in patients with a symptomatic stenosis of 70% or greater that is not a total or near-total occlusion. The benefit becomes more diluted in patients with a symptomatic 50–69% stenosis, and surgery has no effect, or even increases the risk of stroke, in those with a less than 50% stenosis. Surgery has also been shown to reduce the risk of stroke in asymptomatic patients with a 60–99% stenosis, but the absolute benefit is only 1% per year. There is no clear evidence that surgery benefits asymptomatic women at 5-year follow-up, and the benefit is unknown in asymptomatic patients aged over 75 years. Decision-making must take individual factors into consideration, particularly in patients with an asymptomatic (60–99%) or a moderate (50–69%) symptomatic carotid stenosis, so that the risk–benefit ratio of surgery can be optimized. Current data do not support the preferential use of carotid stenting over carotid endarterectomy in patients with a symptomatic or asymptomatic carotid stenosis who are good candidates for surgery. In those who are not good surgical candidates, carotid stenting might be equivalent to surgery, but whether or not any form of carotid revascularization is superior to medical treatment alone remains unknown.

Key words: Carotid arteries. Atherosclerosis. Clinical trials. Revascularization. Stent. Surgery. Cerebral ischemia.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

Sección patrocinada por el Laboratorio Dr. Esteve

INTRODUCCIÓN

La aterosclerosis es una enfermedad sistémica que afecta a las arterias de tamaño medio y grande, y que normalmente afecta a la arteria carótida en su bifurcación. La prevalencia de una estenosis superior al 50% en la arteria carótida interna (ACI) se eleva del 0,5%, en personas con edades comprendidas entre 50 y 59 años, al 10% en las mayores de 80 años¹. Entre un 20 y un 30% de los pacientes que han experimentado con

Correspondencia: Prof. Jean-Louis Mas.
Service de Neurologie, Hôpital Sainte-Anne.
1 rue Cabanis. 75674 Paris Cedex 14. Francia.
Correo electrónico: jl.mas@ch-sainte-anne.fr

ABREVIATURAS

ACE: angioplastia carotídea con endoprótesis.

ACI: arteria carótida interna.

ACV: accidente cerebrovascular.

CRC: cirugía de revascularización coronaria.

EAC: endarterectomía carotídea.

ECA: ensayos clínicos aleatorizados.

anterioridad un infarto de miocardio o vasculopatía periférica sintomática presentan estenosis asintomática > 60% en la ACP².

La estenosis carotídea es un importante factor de riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. Aproximadamente el 10% de los pacientes que experimentaron un ACV presentaba una estenosis carotídea subyacente del 50% o superior^{3,4}. Esta definición probablemente subestima la contribución de la aterosclerosis carotídea al ACV⁵, pero permite realizar un abordaje estandarizado. El mecanismo primario involucrado en los ACV en pacientes con estenosis carotídea es la embolia de residuos ateroscleróticos o de material trombótico procedente de la placa hacia la vasculatura cerebral distal. La infiltración de células inflamatorias en la superficie de las placas carotídeas puede desempeñar un papel fundamental a la hora de provocar la rotura de la placa y la embolización o la oclusión de la carótida⁶. Los factores hemodinámicos están correlacionados con un mayor riesgo de ACV en los pacientes con estenosis carotídea⁷.

La aterosclerosis de las arterias cervicales es una variable predictiva sólida e independiente de infarto de miocardio y muerte vascular; un riesgo que aumenta con el grado de estenosis^{8,9}. En un estudio reciente de salud pública en la población, la tasa de mortalidad anual (principalmente por enfermedades cardiovasculares) fue del 3,4% en pacientes con estenosis carotídea detectada mediante ecografía, frente al 1,2% en

sujetos sin estenosis^{8,9}. Los objetivos de la prevención en estos pacientes consisten en limitar la progresión de la aterosclerosis y reducir el riesgo de ACV y otros sucesos vasculares. Por consiguiente, la revascularización de la carótida es únicamente un aspecto del tratamiento administrado a los pacientes con arteriopatía carotídea, ya que también es necesario realizar un tratamiento estricto de los factores de riesgo y un tratamiento antiplaquetario. La revascularización de la carótida se realiza principalmente mediante la endarterectomía de la carótida (EAC). En comparación con la EAC, la angioplastia carotídea con endoprótesis (ACE) evita la necesidad de anestesia general y la incisión en el cuello, que podría conducir a lesiones nerviosas y complicaciones de la herida. El coste también es posiblemente menor que el de la cirugía, ya que la estancia hospitalaria se reduce. Sin embargo, el implante de una endoprótesis también conlleva riesgos de ACV y complicaciones locales; además, no se conoce bien la eficacia a largo plazo de esta técnica. La ACE está aún en evaluación en ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Las indicaciones para la revascularización carotídea dependen sobre todo del grado de la estenosis y de si el paciente ha experimentado recientemente síntomas neurológicos relacionados con la arteria carótida.

ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA**Historia natural**

Los estudios longitudinales con ecografía carotídea en cohortes de pacientes indican que el riesgo de un primer ACV ipsilateral aumenta con el grado de la estenosis. El riesgo es alrededor del 2% anual en los pacientes cuya estenosis es superior al 50%^{10,11}. Un análisis de la historia natural del riesgo de ACV en ensayos clínicos aleatorizados de EAC^{12,13} (tabla 1), o en los grupos de tratamiento médico, dentro de este mismo tipo de estudios para la estenosis carotídea

TABLA 1. Riesgo de primer accidente cerebrovascular ipsilateral según el grado de estenosis en pacientes con estenosis carotídea

	Número de pacientes	Seguimiento medio (años)	Grado de estenosis (%)	Riesgo anual de ACV ipsilateral (%)
ECST	1.270	4,5	0-29	1,8
	843		30-69	2,1
	127		70-99	5,7
	55		Oclusión	3,7
NASCET	1.496	5	< 50	1,6
	108		50-59	2,6
	113		60-74	3,0
	74		75-94	3,7
	29		95-99	2,9
	86		Oclusión	1,9

ACV: accidente cerebrovascular.

Tomada de Inzitari et al¹² y The European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group¹³.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3014855>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3014855>

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