



Anestesia y reanimación para cirugía carotídea

P. Abraham, M.-J. Licker, J.-L. Fellahi

Cada año, en Francia, se hospitalizan más de 150.000 pacientes por enfermedades cardiovasculares. Los accidentes cerebrovasculares (ACV) representan la primera causa de mortalidad en las mujeres y la tercera en los varones. Es de origen isquémico en el 85% de los casos y se relaciona con una patología vascular de los troncos supraaórticos en el 20% de los casos, todas las edades incluidas. Las estenosis u oclusiones de la arteria carótida interna representan aproximadamente el 8% de los ACV. En este contexto, la endarterectomía carotídea es una de las intervenciones vasculares más comunes. En algunos pacientes seleccionados adecuadamente, la endarterectomía carotídea podría reducir el riesgo relativo de ACV en casi 50% en comparación con el tratamiento médico solo. Su realización implica un doble desafío: el relacionado con la particularidad del procedimiento quirúrgico, que precisa un pinzamiento carotídeo con las consecuencias resultantes, y el relacionado con las frecuentes pluripatologías vasculares de los pacientes. El doble reto del tratamiento postoperatorio consiste por una parte en considerar el balance beneficio-riesgo que permite seleccionar a los pacientes candidatos a una cirugía que en sí implica una significativa morbimortalidad neurológica y cardiovascular y, por otra parte, en optimizar las condiciones de transporte de oxígeno y proteger al cerebro y al corazón durante la fase de la cirugía. La anestesia locorregional (ALR) va tomando un lugar cada vez mayor en esta indicación quirúrgica que tradicionalmente se realizaba bajo anestesia general. Incluso hoy en día, la elección de la técnica óptima de anestesia sigue dependiendo de los centros y de los equipos sin que los datos recientes de la literatura permitan zanjar esta cuestión. Sin embargo, la ALR presenta la ventaja de una monitorización cerebral simple y continua. Es preciso detectar precozmente las complicaciones postoperatorias para que se pueda establecer un tratamiento urgente.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Endarterectomía; Carótida; Anestesia; Bloqueo cervical

Plan

■ Introducción	1
■ Indicaciones quirúrgicas	2
Pacientes sintomáticos	2
Pacientes asintomáticos	3
Estenosis carotídea y enfermedad coronaria asociada	4
■ Tratamiento de las estenosis carotídeas	4
Tratamiento médico	4
Tratamiento quirúrgico: endarterectomía carotídea	4
Tratamiento endovascular: angioplastia y endoprótesis carotídea	4
■ Conducta de la anestesia	5
Consulta preanestésica	5
Elección de la técnica anestésica	6
Período postoperatorio	10
■ Complicaciones per y postoperatorias	10
Complicaciones neurológicas	10
Complicaciones cardiovasculares y coronarias	11
Otras complicaciones postoperatorias	11

■ Conclusión

12

■ Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) representan la primera causa de mortalidad para las mujeres y la tercera para los varones, y es responsable en Francia de casi 150.000 hospitalizaciones cada año. Más del 80% de los ACV son de origen isquémico, y son el resultado de trombosis arteriales o de embolizaciones de una placa de ateroma o de coágulos sanguíneos. Con menos frecuencia, los ACV son de origen hemorrágico (< 20%) y se producen por una ruptura vascular intracerebral. En el 20% de los ACV de causa isquémica se incrimina a fenómenos tromboembólicos, asociándose a una patología ateromatosa a nivel de la parte extracraneal de la arteria carótida interna [1]. En este contexto, la endarterectomía carotídea es una de las intervenciones de cirugía vascular realizadas con más frecuencia (alrededor de 15.000 cada año, en Francia).

Se trata de una cirugía de una duración promedio de 45-90 minutos y cuya realización comporta varias particularidades:

- relacionadas con las características de los pacientes, que presentan factores de riesgo cardiovascular (edad, hipertensión arterial [HTA], coronariopatías, diabetes, tabaquismo, etc.) que producen macro o microangiopatías a nivel de los territorios arteriales coronario, renal, ocular, cerebrovascular y periféricos;
- relacionadas con el procedimiento quirúrgico: colocación del paciente, zona quirúrgica muy reflexógena con posible inestabilidad hemodinámica, riesgos de isquemia cerebral o riesgo de embolias relacionadas con el pinzamiento carotídeo así como riesgos de edema cerebral citotóxico o de hemorragia asociados a la reperfusión.

Como resultado, existe una indicación quirúrgica limitada en el paciente asintomático, donde la evaluación de la relación beneficio-riesgo deberá tener en cuenta la morbimortalidad neurológica y cardiovascular asociada. Lo mismo ocurre en el paciente sintomático, en el que se debe discutir el tratamiento endovascular o conservador en una reunión de concertación multidisciplinaria.

El reto más particular de la cirugía vascular carotídea es la prevención de la doble morbimortalidad neurológica y cardíaca que, junto a la adecuada selección de los pacientes, el respeto de las indicaciones terapéuticas y una estrecha vigilancia postoperatoria, permite un tratamiento óptimo.

Tradicionalmente realizada bajo anestesia general (AG), el desarrollo de la anestesia locorregional (ALR) mediante bloqueo del plexo cervical ha tomado un lugar cada vez mayor en esta indicación quirúrgica. Incluso hoy en día, la elección de la técnica anestésica óptima sigue dependiendo de los centros y de los equipos, sin que los datos de la literatura permitan decidir a favor de una estrategia sobre la otra. No obstante, la ALR podría disminuir la morbilidad y la mortalidad y presenta la ventaja de una monitorización cerebral simple y continua. Algunos equipos utilizan también la anestesia epidural cervical o la anestesia vigil. También se han potenciado las técnicas no quirúrgicas (angioplastia asociada a colocación de endoprótesis), y actualmente forman parte de los algoritmos de tratamiento.

En este artículo no se va a tratar la anestesia para resección de tumores del glomus carotídeo, el tratamiento quirúrgico de heridas o de aneurismas carotídeos, ya que conciernen a pacientes con un contexto fisiopatológico muy diferente.

■ Indicaciones quirúrgicas

Las indicaciones de la cirugía carotídea para la prevención de los ACV han sido relativamente bien definidas en los últimos años por los estudios ACAS, ACST, ECST, EVA3S y NASCET [2-6].

Pacientes sintomáticos

Se definen como sintomáticos los pacientes que presentan una estenosis carotídea y que han tenido en los últimos 4-6 meses un episodio de déficit hemisférico focalizado o de ceguera monocular homolateral transitoria.

Grado de estenosis carotídea

Ya a principios de la década de 1990, dos estudios (NASCET y ECST) demostraron claramente la superioridad del tratamiento quirúrgico en comparación con el tratamiento médico en los pacientes portadores de una lesión estenótica del 70-90% que hubieran presentado un accidente vascular isquémico transitorio en los últimos 4-6 meses [4, 6].

Según una revisión Cochrane de 2011, el beneficio de la endarterectomía carotídea para los pacientes portadores de una estenosis carotídea superior al 70% se traduce en una reducción absoluta de un 16% de riesgo de reinfarcto cerebral. En los pacientes con una estenosis carotídea del 50-69%^a, la reducción del riesgo de recidiva de ACV es más modesta (4,6%) y podría neutralizarse por la incidencia acumulada de complicaciones postoperatorias. En los pacientes con una estenosis carotídea inferior al 50%, la endarterectomía ya no presenta beneficio, incluso existe un aumento del riesgo en el caso de las estenosis inferiores al 30% [7]. El beneficio para los pacientes con estenosis seudooclusivas es marginal a corto plazo y desconocido a largo plazo.

Estos resultados se pueden generalizar sólo para pacientes seleccionados y que se operan en centros con experiencia en los que la incidencia de complicaciones quirúrgicas sea inferior al 7% [8]. No obstante, el beneficio del tratamiento quirúrgico no depende únicamente del grado de estenosis carotídea, sino también del plazo antes de la realización de la cirugía, del sexo, de la edad y del tipo de síntomas de presentación (cf infra).

Método de medida de la estenosis carotídea

En los estudios NASCET y ECST se utilizó la angiografía para evaluar el grado de estenosis carotídea. Este examen sigue siendo actualmente el método de referencia, y algunos equipos lo consideran indispensable en el estudio preoperatorio. No obstante, la diferencia de metodología utilizada para medir el grado de estenosis precisa algunas precisiones:

- el método NASCET evaluó el porcentaje de estenosis sobre peor la incidencia del diámetro luminal residual. El porcentaje de estenosis es igual a $1 - \left(\frac{\text{diámetro mínimo}}{\text{diámetro de referencia}} \right) \times 100$; el diámetro de referencia se mide sobre la parte sana de la carótida interna distal;
- en el estudio ECST se evaluó también el porcentaje de estenosis sobre la incidencia más peyorativa del diámetro luminal residual, pero comparado con una estimación del probable diámetro original del bulbo carotídeo.

El grado de estenosis máxima se localiza generalmente a nivel del bulbo carotídeo, cuyo diámetro es más ancho que la parte distal de la arteria carótida interna. Por lo tanto, una estenosis se clasificará como más grave si se utiliza el método del ECST que el NASCET. No obstante, existe una relación lineal entre estos dos métodos de medida.

La angiografía permite también poner de manifiesto una posible ulceración parietal y puede proporcionar informaciones dinámicas por los posibles retrasos de opacificación postestenosis o sobre el estado del polígono de Willis. Cabe señalar que en los estudios previamente citados no se tuvo en cuenta el riesgo relacionado con la angiografía [9].

Plazo para la cirugía

Los datos epidemiológicos han puesto de manifiesto un mayor riesgo de recidiva de ACV isquémico a corto plazo tras un primer episodio en un contexto de estenosis carotídea [10]. Sin embargo, continúa el debate sobre el plazo de espera óptimo para proponer una intervención quirúrgica.

En efecto, en un estudio post hoc de NASCET y ECST parece ser que los pacientes en los que se realiza la cirugía en las 2 semanas tras un ACV isquémico transitorio o no invalidante presentan un pronóstico más favorable (reducción absoluta del riesgo de ACV del 30,2%) que los pacientes en los que se realiza un tratamiento más tardío [11] (17,6, 11,4 y 8,9% de reducción del riesgo absoluto de ACV para el tratamiento quirúrgico entre 2-4, 4-12 y más de 12 semanas, respectivamente) [7]. Las



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617032>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617032>

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