

Estado de la revascularización carotídea en 2011

Dr Manuel Matas Docampo

Hospital Universitari Vall d'Hebron Barcelona

¿Cree que se deben revascularizar los pacientes asintomáticos con estenosis carotídea superior al 70% ?.

En la comunidad neurológica se habla básicamente de población de riesgo: pacientes con infarto cerebral silente, estenosis carotídea con placa inestable o vulnerable, presencia de HITS en el DTC, estenosis carotídea en progresión, reserva cerebral disminuida o exhausta, carótida única, elevación de marcadores séricos PCR y metaloproteasas, lesiones en tándem, leucaraiosis, etc

El planteamiento parece interesante pero ¿usted sabe que el tratamiento médico actual es más resolutivo?

Es verdad que la nueva generación de antiagregantes, el control de la hipertensión arterial con IECAS y el gran papel de las estatinas como estabilizadoras de la placa dados sus efectos pleiotrópicos, son un tratamiento médico mejor que el que se utilizó en los ensayos NASCET y ECST. Este es uno de los motivos por el cual se debería hablar de poblaciones de riesgo y no de asintomáticos en general.

En la actualidad estamos investigando los cambios en el estado cognitivo del paciente pre y post revascularización carotídea bien con TEA o stent y pienso que en un futuro quizás no solo hablaremos de prevención del ictus sino también de mejora del estado cognitivo en sintomáticos y asintomáticos.

¿Qué opina de los resultados del CREST ?

En el estudio los resultados del stent carotídeo son casi equiparables a la TEA en cuanto a la prevención de ictus y mejores en cuanto al riesgo de infarto de miocardio, creo que en gran medida y de acuerdo con el Dr. Brott , investigador principal del CREST, esto se debe a que la experiencia que se exigió a los profesionales que participaron en el estudio. Una vez más queda claro que los resultados de la revascularización carotídea son dependientes de la experiencia y por supuesto ésta es volumen dependiente.

El CREST aporta además algo muy interesante que posteriormente se confirma en distintos trabajos de la literatura: el stent carotídeo por vía femoral en pacientes octogenarios tiene malos resultados (hasta un 12.1% de tasa de evento neurológico en este estudio) y sin embargo el stent en pacientes jóvenes presenta resultados equiparables con la TEA.

¿Indicaciones de la TEA y el stent carotídeo hoy en día?

Creo, como he dicho previamente, que lo más importante para obtener buenos resultados en la revascularización carotídea sea con TEA o stent es la experiencia. Las indicaciones las marcan los resultados de cada cirujano, lo único exigible es que el cirujano tenga una baja tasa de morbi mortalidad con la revascularización.

El stent carotídeo tiene unas indicaciones más restringidas que la TEA, se indica en lesiones carotídeas altas, restenosis, parálisis de cuerda vocal, cuello hostil y paciente con riesgo por cardiopatía o neumopatía

¿Usted es de los que piensa que en el futuro se realizará más stent carotídeo que TEA?

El stent es cirugía mínimamente invasiva y es una técnica con un margen de mejora en cuanto a las cualidades del stent, perfil de catéter y guías y con los sistemas de protección cerebral. La TEA no puede mejorar sus resultados dado que es una técnica estandarizada desde hace más de 50 años.

¿Stent por vía femoral o transcervical ?

Los datos actuales de la literatura creo que están solucionando este dilema. Los resultados de la vía femoral en pacientes de > 70 años son peores que la TEA, la vía transcervical con flujo inverso evita la manipulación del arco aórtico y las elongaciones carotídeas de los pacientes mayores. Nuestros resultados con este sistema son excelentes.

En pacientes de < 70 años se puede utilizar la vía femoral con buenos resultados y en los de > 70 años la vía transcervical evita los problemas de la vía femoral.

¿Qué opina de la restenosis del stent carotídeo ?

La tasa de restenosis en el stent es superior que en la TEA con parche, pero el comportamiento de la restenosis es benigna por tratarse de una hiperplasia y en general son asintomáticas. Para evitar estenosis residuales en el stent no se debe indicar en estenosis con placas muy calcificadas.

¿Qué opina del impacto cerebral que pueden tener los HITS que se producen durante la revascularización carotídea ?

Hoy sabemos que el número de HITS que se generan con la TEA o stent por vía transcervical con flujo inverso son equiparables. La vía femoral con filtro genera un mayor número de microembolismos cerebrales.

El impacto de los HITS a largo plazo se desconoce, se puede observar en estudios de parénquima cerebral con resonancia por difusión que se generan pequeñas áreas de isquemia que podrían condicionar un deterioro cognitivo a medio y largo plazo.