

¿Cuál es el momento óptimo para la cirugía de estenosis carótidea después de un ictus?

- *Un estudio multicéntrico aporta datos de una de las mayores poblaciones de pacientes con este tipo de ictus*
- *Es imprescindible diseñar estudios que unifiquen los criterios teniendo en cuenta los tratamientos médicos actuales para encontrar el punto de máximo beneficio y menor riesgo para la cirugía de revascularización*
- *El riesgo de recurrencia sigue siendo elevado a pesar de la mejora en la atención al ictus*

Barcelona, a 16 de junio de 2016.- Un estudio internacional liderado por el Servicio de Neurología del Hospital del Mar y por el grupo de investigación en Neurovascular del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) ha cuantificado el riesgo y los predictores de ictus isquémico en pacientes con estenosis de la arteria carótida. Los resultados del estudio, publicados en la revista *Neurology*, confirmaron que existe un alto riesgo de eventos recurrentes durante los 14 primeros días después del accidente isquémico, que es el tiempo recomendado para hacer una intervención para revascularizar la carótida. Pero dado que una cirugía muy urgente conllevaría un riesgo quirúrgico considerable, es necesario determinar cuál es el plazo más adecuado para llevar a cabo esta intervención entre el evento isquémico y los 14 días posteriores. El estudio es un punto de partida y recomienda hacer ensayos aleatorios para determinar los beneficios y la seguridad de la revascularización de urgencia (primeras 72h) frente a la revascularización carotídea subaguda dentro de los 14 días después de la aparición de los síntomas.

El objetivo del estudio era cuantificar el riesgo y los predictores de ictus isquémico ipsilateral en pacientes con estenosis carotídea sintomática a la espera de revascularización (endarterectomía carotídea [CEA] o stent de la arteria carótida) mediante la agrupación de los datos de pacientes individuales de los estudios prospectivos recientes con altas tasas de tratamiento con medicamentos de prevención del accidente cerebrovascular. Este estudio ha agrupado la información de bases de datos muy amplias de tres grupos (del mismo Hospital del Mar, de Umea (Suecia) y de Dublín (Irlanda) para lograr una mejor potencia estadística.

Por el alto riesgo de eventos isquémicos recurrentes en el mismo territorio carotídeo en el plazo de 14 días tras un ictus por estenosis carotídea se recomienda actualmente llevar a cabo una CEA. Pero esta técnica no está exenta de riesgo. A pesar de la mejora en los tratamientos de prevención secundaria y en los tiempos de la cirugía precoz, se necesitan ensayos aleatorios para determinar los beneficios y seguridad de la revascularización de urgencia frente a la revascularización carotídea subaguda dentro de los 14 días después de la aparición de los síntomas. Estos ensayos deben servir para determinar cuál es el plazo óptimo para llevar a cabo esta intervención, a fin de poder hacer el balance entre el riesgo de recurrencia y el riesgo quirúrgico y establecer, exactamente, si es necesario intervenir al paciente o no, y si es necesario acortar el tiempo para hacerlo.



Institut Hospital del Mar
d'Investigacions Mèdiques

Nota de premsa

Los datos del estudio provienen de 2 registros prospectivos procedentes de hospitales (Umea y Barcelona) y un estudio prospectivo basado en la población (Dublín), que completan una base de datos con casos desde el año 2005 hasta ahora. Se incluyeron en el estudio los pacientes con estenosis carotídea sintomática del 50%-99% que eran candidatos a una revascularización carotídea y que recibieron seguimiento para principios de accidente cerebrovascular ipsilateral recurrente o la oclusión de la arteria retiniana (RAO). ***“De los 607 pacientes con estenosis sintomática, 377 cumplían los criterios de inclusión especificados previamente. El riesgo de que volvieran a tener un accidente cerebrovascular isquémico fue del 2,7% (durante el primer día), 5,3% (durante los primeros 3 días), 11,5% (en los primeros 14 días), y del 18,8% (90 días)”***, explica la Dra. Elisa Cuadrado, neuróloga del Hospital del Mar e investigadora del grupo de investigación en Neurovascular del IMIM, y prosigue: ***“Hemos encontrado un alto riesgo de eventos isquémicos recurrentes ipsilaterales dentro del plazo de 14 días, que es el tiempo que se recomienda actualmente para llevar a cabo la CEA. Necesitamos ensayos aleatorios para determinar los beneficios y la seguridad de una revascularización más urgente frente a la revascularización carotídea subaguda dentro de los 14 días después de la aparición de los síntomas”***.

El tamaño de las muestras utilizadas es importante, ya que un tamaño mayor proporciona más potencia estadística y, por tanto, una estimación del riesgo más precisa. Una de las preocupaciones del estudio es que se han incluido pacientes tratados desde 2005, cuando los tratamientos con estatinas en dosis altas o la terapia dual con antiagregantes aún no se utilizaba de forma sistemática. Es posible que con los tratamientos de prevención secundaria actuales el riesgo de recurrencia sea más bajo, lo que debería tenerse en cuenta en futuros estudios. Para ello se necesitan más estudios que unifiquen los criterios de intervención. De lo que sí hay evidencia es que estos tratamientos médicos recientemente incorporados disminuyen las recurrencias, por tanto hay que establecer el momento exacto y óptimo en el que tratamiento médico y riesgo quirúrgico tienen los máximos beneficios y los mínimos riesgos.

Artículo de referencia

Johansson E1, Cuadrado-Godia E2, Hayden D1, Bjellerup J1, Ois A1, Roquer J1, Wester P1, Kelly PJ1. *Recurrent stroke in symptomatic carotid stenosis awaiting revascularization: A pooled analysis. Neurology 2016* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26747885>

Para más información:

Verònica Domínguez (932 483 072) / Rosa Manaut (618 509 885) / Maribel Pérez (619 885 326). Servicio de Comunicación Hospital del Mar/IMIM.