

EDITORIAL - EN RELACIÓN ARTÍCULO PÁGINA 168

► ...EN RELACIÓN CON “LA MEJOR PROTECCIÓN CEREBRAL ES EL *CLAMP*”

POR:
DRA. MARÍA CRISTINA ZURRÚ

Correspondencia: maria.zurru@hospitalitaliano.org.ar

Los resultados del ICSS y del CREST han demostrado un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, de forma significativa, en los pacientes sometidos a angioplastía carotídea. Sin embargo, la interpretación de los resultados por parte de los investigadores es diferente. La tasa de ACV en el grupo angioplastía en el CREST fue del 4,1% y en el ICSS del 7,7%; esta diferencia, según los investigadores del ICSS, se explica en gran parte porque casi el 50% de los pacientes del CREST eran asintomáticos y en el ICSS eran todos sintomáticos. Pero según los investigadores del CREST, la diferencia está en la experiencia del equipo endovascular. El método de selección de los centros participantes del CREST fue muy estricto. Tanto los cirujanos como los intervencionistas, no sólo debían realizar un mínimo de procedimientos sino que, además, con buenos resultados. Así se auditaron las 50 últimas endarterectomías y las 30 últimas angioplastías de los distintos aspirantes. Del total de 429 intervencionistas aspirantes sólo se admitió al 52%.

La tasa combinada de ACV/muerte/infarto de miocardio no presentó diferencias significativas en el CREST (5,2% angioplastía; 4,5% endarterectomía) pero sí existieron en el ICSS (8,5% angioplastía; 5,2% endarterectomía).

La tasa de infarto de miocardio fue menor al 1% para los dos grupos en ICSS y en el CREST al 2,3% para endarterectomía y al 1,1% para angioplastía. Pero mientras en el ICSS la definición de infarto de miocardio era clínica en

el CREST era enzimática. Curiosamente los investigadores del CREST alegan que sí existió más *ictus* con la angioplastía, pero hubo menos infartos de miocardio (al contrario en la endarterectomía) por lo que los resultados entre las dos técnicas se igualan. Sin embargo, al año del procedimiento, los pacientes con *ictus* tenían peor calidad de vida que los pacientes con infarto de miocardio.

Tras estos ensayos, ¿se deben extender las indicaciones y generalizar el uso del *stenting* carotídeo?, desde luego que no; en el CREST estos resultados se obtuvieron tras seleccionar a los centros participantes en forma rigurosa. Otros estudios han demostrado que el *stenting* puede ser peligroso si el equipo médico no tiene la suficiente experiencia por lo cual no parece razonable generalizar estos resultados. Si nos ceñimos a la evidencia, parece que la endarterectomía carotídea continúa siendo el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes.

REFERENCIAS

1. International Carotid Stenting Study Investigators, Ederle J.; Dobson J.; Featherstone R.L.; Bonati L.H.; Van der Worp H.B.; de Borst G.J.; Lo T.H.; Gaines P.; Dormann P.J.; Macdonald S.; Lyrer P.A.; Hendriks J.M.; McCollum C.; Nederkoorn P.J.; Brown M.M. Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): an interim analysis of a randomised

Jefa de la Sección Vascular Servicio de Neurología Hospital Italiano de Buenos Aires

controlled trial. *Lancet*. 2010 Mar 20;375(9719):985-97

2. Brott T.G.; Hobson R.W. 2nd. Howard G.; Roubin G.S.; Clark W.M.; Brooks W.; Mackey A.; Hill M.D.; Leingruber P.P.; Sheffet A.J.; Howard V.J.; Moore W.S.; Voeks J.H.; Hopkins L.N.; Cutlip D.E.; Cohen D.J.; Popma J.J.; Ferguson R.D.; Cohen S.N.; Blackshear J.L.; Silver F.L.; Mohr J.P.; Lal B.K.; Meschia J.F.; CREST Investigators. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. *N Engl J Med*. 2010 Jul 1;363(1):11-23
