

Endarterectomía carotídea

Sigue siendo el método estándar en el manejo de la [estenosis de la arteria carótida interna](#) debido principalmente a sus bajas morbilidad y mortalidad perioperatorias y a la reducción significativa en las tasas de enfermedad cerebrovascular ipsilateral y contralateral en el seguimiento a corto y largo plazo.

La endarterectomía carotídea puede realizarse con razonable seguridad en centros con bajo volumen de pacientes, con métodos sencillos y con resultados aceptables. El conocimiento de los resultados reales obtenidos en cada centro es importante para mejorarlos.

La hipertensión intencional durante la disección impide el desarrollo postoperatorio de nuevas lesiones cerebrales isquémicas debido a microembolias intraoperatoria ¹⁾.

La terapia endovascular mediante angioplastia y stent es prometedora, pero aún no reemplaza a la endarterectomía carotídea y en la actualidad sólo está justificada en pacientes con alto riesgo anestésico o quirúrgico.

Las indicaciones quirúrgicas, en particular para las lesiones asintomáticas, deben ser considerados cuidadosamente a la luz de las recientes mejoras en los tratamientos médicos, incluidos los agentes antihipertensivos y las estatinas ²⁾.

Resultados

Sobre un total de 1.335 pacientes consecutivos seguidos prospectivamente con [ecografía carotídea](#) anual. Todos los pacientes se mantuvieron con [terapia antiplaquetaria](#), y las arteriotomías se cerraron mediante un injerto de parche, bajo anestesia general con monitorización electroencefalográfica y derivación selectiva. No hubo cambios en la técnica quirúrgica durante este estudio. Dos tercios de los pacientes eran hombres, la edad media fue de 70 años. Aproximadamente el 60% eran sintomáticos. La morbilidad perioperatoria en los primeros 90 días y la tasa de mortalidad fue de 0,9% (0,4% ictus y el 0,5% exitus). Cinco pacientes (0,4%) desarrollaron estenosis recurrente > 70% durante un seguimiento medio de 15,8 años. Doce pacientes (0,9%) tuvieron un accidente cerebrovascular tardío en la distribución de la carótida ipsilateral. La media de seguimiento fue de 15,8 años ³⁾.

Bibliografía

1)

Kobayashi, Masakazu, Kuniaki Ogasawara, Kenji Yoshida, Makoto Sasaki, Hiroki Kuroda, Taro Suzuki, Yoshitaka Kubo, Shunrou Fujiwara, y Akira Ogawa. 2011. Intentional hypertension during dissection of carotid arteries in endarterectomy prevents postoperative development of new cerebral ischemic lesions due to intraoperative microemboli. *Neurosurgery* (Marzo 15). doi:10.1227/NEU.0b013e318214abf6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21415798>.

2)

Suyama, Kazuhiko, y Izumi Nagata. 2010. [Carotid Endarterectomy for Atherosclerotic Carotid Artery Stenosis.]. *Brain and Nerve = Shinkei Kenkyu No Shinpo* 62, nº. 12 (Diciembre): 1301-1313.

3)

Babu MA, Meissner I, Meyer FB. The Durability of Carotid Endarterectomy: Long-term Results for Restenosis and Stroke. *Neurosurgery*. 2013 May;72(5):835-9. doi: 10.1227/NEU.0b013e31828a7e30.

Last update: 2025/05/04
00:03

endarterectomia_carotidea https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=endarterectomia_carotidea

PubMed PMID: 23449367.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN
1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=endarterectomia_carotidea

Last update: **2025/05/04 00:03**

