



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## **Endarterectomía carotídea para la estenosis carotídea sintomática (Revisión)**

Orrapin S, Rerkasem K

Orrapin S, Rerkasem K.  
Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis  
(Endarterectomía carotídea para la estenosis carotídea sintomática).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD001081.  
DOI: [10.1002/14651858.CD001081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001081.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Endarterectomía carotídea para la estenosis carotídea sintomática

Saritphat Orrapin<sup>1</sup>, Kittipan Rerkasem<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Division of Vascular and Endovascular Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Thammasat University (Rangsit Campus), Pathumthani, Thailand. <sup>2</sup>NCD Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai, Thailand. <sup>3</sup>NCD Center of Excellence, Research Institute of Health Science, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

**Dirección de contacto:** Kittipan Rerkasem, Division of Vascular and Endovascular Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. [erkase@gmail.com](mailto:erkase@gmail.com).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Accidentes Cerebrales Vasculares.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 6, 2017.

**Referencia:** Orrapin S, Rerkasem K. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis (Endarterectomía carotídea para la estenosis carotídea sintomática). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD001081. DOI: [10.1002/14651858.CD001081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001081.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

El accidente cerebrovascular es la tercera causa principal de muerte y la causa más común de discapacidad a largo plazo. El estrechamiento grave (o estenosis) de la arteria carótida es una causa importante de accidente cerebrovascular. El tratamiento quirúrgico (endarterectomía carotídea) puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular, pero conlleva riesgos de complicaciones operatorias. Ésta es una actualización de la revisión Cochrane publicada por primera vez en 1999 y actualizada más recientemente en 2011.

### Objetivos

Determinar el equilibrio de riesgo y beneficio de la endarterectomía más el mejor tratamiento médico comparado con el mejor tratamiento médico solo en pacientes con estenosis carotídea sintomática reciente (es decir, ataque isquémico transitorio (AIT) reciente o un accidente cerebrovascular no discapacitante).

### Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Accidentes Cerebrales Vasculares (Cochrane Stroke Group) (última búsqueda en julio de 2016), CENTRAL (2016, número 7), MEDLINE (1966 a julio de 2016), Embase (1990 a julio de 2016), Web of Science Core Collection, ClinicalTrials.gov, plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos (ICTRP) de la OMS y búsquedas manuales de listas de referencias y publicaciones relevantes.

### Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados.

### Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los estudios, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos.

### Resultados principales

Se incluyeron tres ensayos con 6343 participantes. Dado que los ensayos diferían en los métodos de medición de la estenosis carotídea y en la definición de accidente cerebrovascular, se realizó un análisis agrupado de los datos de pacientes individuales de 6092 participantes (35.000 años paciente de seguimiento), tras reevaluar los angiogramas carotídeos y los resultados de los tres ensayos utilizando los archivos de datos electrónicos primarios, y se redefinieron los eventos de resultado cuando fue necesario, para lograr la comparabilidad.

En el reanálisis no se encontraron diferencias significativas entre los ensayos en los riesgos de cualquier resultado principal en cualquiera de los grupos de tratamiento ni en los efectos de la cirugía. La cirugía aumentó el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico ipsilateral a cinco años en los participantes con menos del 30% de estenosis (N = 1746, riesgo relativo (RR) 1,27, intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,80 a 2,01), no tuvo ningún efecto significativo en los participantes con un 30% a 49% de estenosis (N = 1429, RR 0,93, IC del 95% 0,62 a 1,38), fue beneficiosa en los participantes con estenosis del 50% al 69% (N = 1549, RR 0,84, IC del 95% 0,60 a 1,18), y fue altamente beneficiosa en los participantes con estenosis del 70% al 99% sin oclusión casi completa (N = 1095, RR 0,47, IC del 95% 0,25 a 0,88). Sin embargo, no hubo evidencia de un beneficio en pacientes con oclusión casi completa (N = 271, RR 1,03, IC del 95%: 0,57 a 1,84). El accidente cerebrovascular isquémico ipsilateral describe un flujo sanguíneo insuficiente hacia el hemisferio cerebral, secundario a una estenosis severa del mismo lado de la arteria carótida interna.

### Conclusiones de los autores

La endarterectomía supuso cierto beneficio para los participantes con 50% a 69% de estenosis sintomática (evidencia de calidad moderada), y fue altamente beneficiosa para aquellos con 70% a 99% de estenosis sin oclusión casi completa (evidencia de calidad moderada). No hubo evidencia de beneficio en personas con oclusión casi completa carotídea (evidencia de calidad alta).

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Cirugía de la carótida en pacientes que tienen síntomas de estrechamiento de la arteria carótida

**Pregunta:** ¿Cuáles son los beneficios de la eliminación quirúrgica de los depósitos de grasa y los coágulos de sangre del interior de la pared de la arteria carótida (endarterectomía carotídea) para los pacientes que han tenido recientemente (en un plazo de cuatro a seis meses) síntomas debidos a la estenosis carotídea (estrechamiento de la arteria que suministra sangre al cerebro)?

**Antecedentes:** El accidente cerebrovascular (ictus) causa discapacidad a largo plazo y muerte. Las posibilidades de morir por el primer ictus son del 15% al 35%, y aumentan al 69% en los ictus posteriores, que a menudo se producen dentro del año siguiente al primer ataque. La endarterectomía carotídea puede reducir el riesgo de ictus, pero conlleva riesgos de complicaciones inmediatamente antes, después y durante la operación, incluyendo el ictus incapacitante y la muerte. Existe un 7% de riesgo de ictus y muerte dentro de los 30 días posteriores a la endarterectomía, que incluye un ictus ocular (ojo) o cerebral, con síntomas que duran más de 24 horas.

**Características de los estudios:** Esta revisión identificó tres ensayos controlados aleatorios (6343 participantes asignados al azar) que comparaban la cirugía carotídea con ninguna cirugía carotídea (es decir, el mejor tratamiento médico más la cirugía frente a el mejor tratamiento médico solo) en pacientes con estenosis carotídea y ataques isquémicos transitorios (AIT) recientes o ictus isquémicos menores en el territorio de dicha arteria. Los ensayos se realizaron en Europa, los EE.UU. y Canadá e incluyeron algunos centros de Israel, Sudáfrica y Australia. La proporción de género fue 2,6:1 (72% hombres y 28% mujeres); el 90% de los participantes eran menores de 75 años.

Los resultados de los tres ensayos fueron inicialmente contradictorios porque difirieron en la forma de medir la estenosis carotídea y en la forma de definir los resultados. Para resolver esta discrepancia, se volvieron a evaluar los datos de los pacientes utilizando los mismos métodos y definiciones, para que los resultados pudieran ser comparados.

**Resultados clave:** Los resultados de esta revisión están vigentes hasta julio de 2016. Los resultados mostraron que los participantes varones mayores con estenosis de entre el 70% y el 99%, sin oclusión, y AIT o ictus recientes (en dos semanas), eran los que más se beneficiaban de la cirugía, asumiendo que estaban lo suficientemente bien para la misma, y sus cirujanos tenían un historial de bajas tasas de complicaciones (menos del 7% de riesgo de ictus y muerte). La endarterectomía carotídea también benefició a participantes con entre un 50% y un 99% de estenosis carotídea sintomática. En el caso de los participantes cuya arteria carotídea estaba casi ocluida, el beneficio era incierto a largo plazo. La cirugía tendió a perjudicar a participantes con menos del 30% de estenosis.

El segundo European Carotid Surgery Trial, que actualmente está reclutando participantes, está explorando si un agente hipolipemiante (estatina) podría ser una mejor opción que la endarterectomía carotídea para prevenir el ictus isquémico en la estenosis carotídea ipsilateral, lo que podría beneficiar a los que no se beneficiaron de la cirugía en estos ensayos.

**Calidad de la evidencia:** Se halló evidencia de alta calidad para la oclusión casi completa y menos del 30% de estenosis carotídea; y de calidad moderada para el 50% al 99% de estenosis carotídea para cualquier ictus quirúrgico o muerte, así como para el ictus isquémico ipsilateral y cualquier resultado de ictus quirúrgico o muerte.