

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

Entrevistas:
Dr. Rubén Rolfo
Cirujano Vascular
Jefe del Servicio de Cirugía Vascular de la Clínica Privada Vélez Sarsfield
(Córdoba)

1) ¿Cuál es el momento de intervenir a este tipo de pacientes?

En mi práctica habitual prefiero el tratamiento de estos pacientes luego de 30 días del evento isquémico, pese a existir opiniones diversas, en mi experiencia personal la tasa de eventos luego de la endarterectomía es mucho más alta cuando uno los trata en forma más precoz, y son pocos los eventos observados durante ese período con tratamiento médico.

2) ¿Se debe intervenir a estos pacientes mediante endarterectomía quirúrgica o mediante intervencionismo percutáneo?

Prefiero la endarterectomía quirúrgica, aunque en este paciente presentado, si el cuello es realmente hostile (debería haberlo visto personalmente), también hubiera optado por el tratamiento endovascular.

3) ¿Qué clase de sistema de protección cerebral debería utilizarse si se opta por tratamiento endovascular?

Me parece muy interesante la utilización de los sistemas de inversión de flujo como el que utilizaron en este caso. Creo que debería ser de elección en pacientes con placas complicadas.

Dr. Alberto Sampaolesi
Cardiólogo Intervencionista
Ex-presidente del Colegio Argentino de Cardiólogos Intervencionistas
Jefe del Servicio de Cardiología Intervencionista de la Clínica Reina Fabiola
(Córdoba)

1) ¿Cuál es el momento de intervenir a este tipo de pacientes?

Pienso que es un punto controversial. En este caso creo que hubiera esperado estabilizar el paciente con tratamiento médico al igual que ustedes, al menos 15 días, y solamente hubiera realizado el procedimiento antes si el paciente presentaba nuevamente síntomas.

2) ¿Se debe intervenir a estos pacientes mediante endarterectomía quirúrgica o mediante intervencionismo percutáneo?

Yo creo que las 2 alternativas son factibles, siendo muy importante la experiencia del hemodinamista y del cirujano vascular en cada centro particular, y los

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 3 | AÑO 2013

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA CON SISTEMA DE PROTECCIÓN PROXIMAL CON INVERSIÓN DE FLUJO

resultados de cada grupo. Personalmente hubiera optado por el tratamiento endovascular.

3) ¿Qué clase de sistema de protección cerebral debería utilizarse si se opta por tratamiento endovascular?

Pese a que no tengo experiencia con sistemas de protección proximal, este es el caso ideal para la utilización de este tipo de sistema de protección, debido a la sospecha de alto contenido trombótico y a lo crítica de la obstrucción. Igualmente creo que si uno optara por filtros de protección distal tampoco estaría mal, ya que a pesar de saberse que tienen mayor número de embolias distales determinadas por métodos diagnósticos, esto aún no se tradujo en menor número de eventos en los estudios reportados hasta el momento.

Dr. Juan José Martín
Neurología
Sanatorio Allende. Nueva Córdoba
(Córdoba)

1) ¿Cuál es el momento de intervenir a este tipo de pacientes?

Si bien la angioplastia con stent es utilizada en general en el contexto de prevención del ACV y no en su etapa aguda, existen situaciones en las que utilizan: cuando el ACV es el resultado de la atenuación o cese del flujo en la carótida o vertebral, por oclusión total o subtotal por disección o aterosclerosis severa; y en el caso de que sea necesario superar una obstrucción carótida o vertebral severa para acceder con el catéter a tratar una arteria intracraneana ocluida responsable del ACV en curso.

En estos casos nuestra opción es el tratamiento inmediato. (Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Jauch et.al. Stroke 2013)

2) ¿Se debe intervenir a estos pacientes mediante endarterectomía quirúrgica o mediante intervencionismo percutáneo?

El rol relativo de revascularización endovascular vs. quirúrgico en las arterias carótidas extracraneales aún no ha sido bien determinado. En mi conocimiento, no hay estudios que comparen estas alternativas en el contexto agudo del ACV. Nuestra conducta habitual en agudo es inmediatamente de la evaluación inicial angiográfica, decidir si es candidato a recanalización, e intentar recanalizarlo endovascular.