

Cirugía de la bifurcación carotídea en pacientes asintomáticos

Dres. PATRICIO WELSH y ROBERTO REPETTO *

RESUMEN

El 80 % de las estenosis de bifurcación carotídea ocasiona un soplo cervical y éste corresponde en el 90 % de los casos a una estenosis de la carótida interna.

La arteriografía es el único método que puede certificar el diagnóstico.

La estenosis de bifurcación carotídea en pacientes asintomáticos debe ser operada en las siguientes circunstancias:

1. *En el preoperatorio de cirugía mayor, como ser aorta abdominal.*
2. *Cuando se asocia a una lesión sintomática del lado opuesto.*
3. *Cuando es descubierta en el curso de un examen clínico.*

En todos los casos debe evaluarse el paciente con mucha cautela, especialmente por la presencia de enfermedades asociadas.

En estas condiciones hemos operado 25 pacientes, habiendo efectuado 26 operaciones (en un paciente se operaron ambos lados). No hubo mortalidad ni déficit neurológico postoperatorio. En el curso de la evolución alejada no hubo síntomas de insuficiencia cerebrovascular.

INTRODUCCION

La corrección quirúrgica de la estenosis de la bifurcación carotídea en pacientes con episodios de isquemia cerebral transitoria es hoy un procedimiento perfectamente establecido y aceptado, habiéndose demostrado en numerosas experiencias que con un muy bajo riesgo quirúrgico pueden evitarse un alto número de muertes e incapacitados por trombosis carotídea.

En este trabajo nos referiremos a la indicación quirúrgica de la estenosis de la bifurcación carotídea en personas asintomá-

ticas, situación mucho más discutible y difícil de determinar, ya que no siempre es fácil decidir una intervención quirúrgica en sujetos libres de todo síntoma.

DIAGNOSTICO DE LA ESTENOSIS CAROTIDEA EN PERSONAS ASINTOMATICAS

El primer punto a determinar consiste en la detección de una estenosis carotídea en una persona que no ha tenido síntomas. El signo más importante es la auscultación de un soplo en el cuello, que está presente en más del 80 % de los casos con una estenosis mayor del 50 % de la luz. Por otro lado en más del 90 % de los casos en que se ausculta un soplo, éste se origina en una estenosis de la carotídea interna y sólo muy raramente por estrechez de la carotídea externa.

El soplo se halla ausente en un 20 % de las estenosis carotídeas, pero esto ocurre principalmente en las estenosis menores del 60 % o en las muy cerradas. Aquéllas no tendrían mayor indicación quirúrgica en los asintomáticos y las estenosis muy severas raramente transcurren sin síntomas. Por lo tanto es aceptable suponer que en la actualidad la auscultación de soplos en el cuello es la manera más incruenta y eficaz de detectar una estenosis de la bifurcación carotídea.

Los métodos incruentos, tales como la oftalmodinamometría, el Doppler, el E.E.G., el flujo cerebral con isótopos, etc. son de muy poco valor por la alta incidencia de falsos positivos y falsos negativos, por lo que casi nunca hemos recurrido a ellos.

La única manera de certificar la presencia de una estenosis de la bifurcación ca-

* Fundación H. Pombo de Rodríguez, Academia Nacional de Medicina, Coronel Díaz 2423, Buenos Aires.

rotídea es la arteriografía. Esta puede realizarse por punción o por cateterismo, pero cualquiera sea el método que se use, la arteriografía se efectuará solamente en los casos en que si se demostrase una lesión estenosante significativa, se decidirá la intervención quirúrgica; ya que no tendría sentido realizar este estudio sólo como una certificación del diagnóstico clínico.

INDICACION QUIRURGICA

Existen tres situaciones fundamentales en que es necesario tomar una decisión.

La primera es el enfermo que debe ser operado por otra patología, como ser un aneurisma, una oclusión aorto-ilíaca o una lesión coronaria. Existe un consenso casi general que en estos casos debe operarse primero la estenosis de la bifurcación carotídea, sea sintomática o asintomática, para posteriormente, generalmente a la semana, proceder a corregir la patología que llevó al enfermo a la consulta.

Este proceder fue establecido hace más de 10 años por DeBakey y su grupo (2). Según Fields (4), neurólogo de esa institución, la incidencia de hemiplejía postoperatoria disminuyó sustancialmente en comparación a la que se observaba antes de haber adoptado esa táctica. Esta observación ha sido confirmada por otros (3, 8).

La única estadística publicada al respecto es la de Treiman y col. (7) que niega lo recién expresado, ya que ellos operaron 33 pacientes con soplos sobre un total de 200 con enfermedad aórtica y no tuvieron ninguna complicación neurológica.

Nuestro proceder ha sido operar siempre la estenosis carotídea antes de operar sobre la aorta abdominal y en más de 600 operaciones no hemos tenido ninguna hemiplejía postoperatoria. En realidad no le asignamos ningún valor de importancia al trabajo recién mencionado que rechaza este concepto, pues la verdadera razón se basa en la evolución natural de la estenosis asintomática, sobre la cual hablaremos más adelante.

En 1972 Bernhard (1) propuso la intervención quirúrgica simultánea de la estenosis carotídea y la lesión coronaria cuando ambas eran muy severas. En su experiencia la cirugía carotídea tenía una alta incidencia de muerte por causas cardíacas, en tanto que cuando se realizaba la cirugía carotídea simultáneamente con el bypass

coronario, las complicaciones eran mucho menores. La serie de este autor involucraba enfermos que consultaban por graves lesiones coronarias, en cuyo caso estamos de acuerdo con este proceder. Nosotros operamos simultáneamente con el Dr. Jorge Albertal, una severa estenosis carotídea y una estenosis de válvula aórtica. Pensamos sin embargo que es preferible hacerlo en 2 sesiones quirúrgicas separadas por un intervalo de 5 a 7 días.

La segunda situación a considerar es la del enfermo que consulta por síntomas de isquemia cerebral transitoria unilateral y en los que la arteriografía demuestra una estenosis de ambas bifurcaciones carotídeas. Operado el lado sintomático, ¿qué hacer con el lado opuesto? ¿Cuál es su pronóstico?

La tercera eventualidad es similar: paciente que consulta por cualquier otro motivo, eventualmente no quirúrgico y en quien se le ausculta un soplo en el cuello.

Existen 2 únicos estudios importantes sobre la evolución natural de estos enfermos. Javid (5) estudió la evolución arteriográfica de 86 personas asintomáticas con una estenosis de la bifurcación carotídea menor del 60%. En un período que variaba de 1 a 9 años, 51 de ellos (o sea el 60%) presentó una franca progresión de la lesión estenosante en exámenes arteriográficos sucesivos. La incidencia fué mayor en los hipertensos. Thompson (6) observó la evolución clínica de 92 pacientes asintomáticos con estenosis carotídea demostrada por arteriografía y detectados por la presencia de soplo. El 55% permaneció asintomático, el 26% tuvo episodios isquémicos transitorios y el 19% sufrió una hemiplejía. En el mismo período Thompson operó 98 estenosis asintomáticas, sin mortalidad, con una sola complicación neurológica severa posoperatoria inmediata y otra alejada.

En resumen podemos decir que aproximadamente el 50% de los enfermos con una estenosis asintomática de la bifurcación carotídea presentará una franca progresión de la enfermedad oclusiva y aparición de síntomas transitorios o definitivos.

Si el paciente tiene la "suerte" de comenzar con síntomas transitorios, aun estará a tiempo de una operación; pero si su primer episodio neurológico es una hemiplejía definitiva, no podrá hacerse absolutamente nada para corregirlo.

La indicación quirúrgica en estos pacientes asintomáticos, ya sea por que se aus-

culta un soplo o porque haya una lesión del lado opuesto, deberá efectuarse solamente si el riesgo quirúrgico es inferior a la evolución natural y habrá que tener muy en cuenta la presencia de enfermedades asociadas.

MATERIAL Y METODOS

Hemos operado 26 estenosis de la bifurcación carotídea en 25 pacientes asintomáticos (121 eran hombres y 418 mujeres).

La edad más frecuente fue entre los 50 y 70 años, 4 eran mayores de 70 y 6 menores de 50.

En 10 casos la indicación quirúrgica se estableció en pacientes que presentaban soplos asintomáticos y debían ser operados de otra patología. Las operaciones que se realizaron a posteriori fueron: 6 bypass aorto-bifemoral por oclusión aorto-ilíaca, un bypass aorto-renal bilateral de arteria renal, un aneurisma intracraneano y un reemplazo valvular por una estenosis aórtica. En este último ambas operaciones se hicieron en la misma sesión quirúrgica; en los demás se realizó aproximadamente 1 semana después de la corrección de la estenosis carotídea.

En 11 casos la lesión asintomática fué descubierta en el curso de un examen arteriográfico indicado por síntomas correspondientes a la carótida opuesta. En 7 casos los pacientes habían tenido síntomas de isquemia cerebral transitoria por estenosis de la carótida opuesta. Una vez corregido el lado sintomático, a la semana se operó el lado asintomático. En los otros 4 casos la carótida interna responsable de los síntomas se hallaba completamente ocluida y por lo tanto no se podía operar. Los síntomas eran: 2 hemiplejías establecidas, una parésia braquial y un episodio de isquemia cerebral transitoria con recuperación completa.

El tercer grupo esta constituido por 5 enfermos asintomáticos en los que se auscultó un soplo cervical durante un examen clínico. Este soplo fue el único motivo por el que se efectuó la arteriografía que confirmó el diagnóstico.

Sobre 26 operaciones efectuadas en 25 enfermos la etiología era aterosclerótica en 24, displasia fibromuscular en 1 e iatrogenia en 1.

Las operaciones efectuadas fueron: endarterectomía de la bifurcación carotídea y cierre simple 14; endarterectomía y angio-

plastia con parche de Dacron 10; angioplastia 1 y reemplazo de carótida interna con vena safena 1.

En todos se obtuvo una excelente revascularización. No hubo mortalidad operatoria ni déficit neurológico postoperatorio.

Todos los enfermos fueron seguidos por períodos variables de 3 meses a 8 años; doce tienen una evolución mayor de 2 años. Durante este período ningún paciente tuvo síntomas de insuficiencia cerebrovascular. Cuatro pacientes fallecieron: uno por infarto de miocardio a los 6 meses, otro por la misma causa a los 20 meses, otro por cancer de pulmón a los 2 años y otro por suicidio a los 22 meses.

SUMMARY

SURGERY OF CAROTID BIFURCATION IN ASYMPTOMATIC PATIENTS

The stenosis of the carotid bifurcation causes a cervical bruit in 80 % of the cases, and 90 % of them are due to a stenosis of the internal carotid.

Arteriography is the only method to certify the diagnosis.

Asymptomatic carotid artery stenosis should be operated in the following circumstances:

- 1) Preoperatively of mayor surgery elsewhere.*
- 2) When it is associated with a symptomatic lesion of the opposite side.*
- 3) When it is discovered in a clinical examination.*

In all cases the patient should be very thorough'y evaluated, especially if there are other arterial occlusive lesions.

In this conditions we have performed 26 operations on 25 patients (one patient had bilateral operations). There was no mortality and no postoperative neurologic complication. In the late follow-up there were no signs of cerebrovascular insufficiency.

BIBLIOGRAFIA

- Bernhard, V.; Johnson, W. y Peterson: Carotid artery stenosis. Arch. Surg., 105, 837, 1972.
- De Bakey, M.: Cerebral arterial insufficiency: one to 11 year results, following arterial reconstruction. An. Surg., 161, 92., 1965.
- De Weese, J.: Surgical treatment for occlusive disease of the carotid artery. An. Surg., 168, 85, 1968.
- Field, W.: Comunicación personal.
- Javid, H.; Ostermiller, W.; Hengesh, J.; Dye, N.; Hunter, J.; Najafi, H. y Julian, O.: Natural history of carotid bifurcation atheroma. Surgery, 67: 80, 1970.
- Thompson, J.: The development of carotid artery surgery. Surg., 107, 643, 1973.
- Treiman, R.: Carotid bruith: Significance in patients undergoing abdominal aortic operation. Arch. Surg., 106, 803, 1973.
- Wylie, E. y Ehrenfeld, W.: Extracranial occlusive cerebrovascular disease: Diagnosis and management. W. B. Saunders Co., 1970.