

TRABAJOS SELECCIONADOS

de los portadores nasales de *S. aureus* meticilino resistentes.

Varios autores han encontrado resultados muy favorables con los implantes de colágeno con gentamicina en la zona quirúrgica, aunque por la escasa cantidad de probandos, se considera necesario realizar estudios multicéntricos para validar estas observaciones.

Los autores concluyen que la administración de antibióticos preoperatorios como profilaxis, con cobertura de Gram+ y Gram-, y el posible agregado de una segunda dosis en el caso de pérdidas de sangre mayores de 1500 ml o cirugías prolongadas tienen un impacto significativo en la reducción de las SSI en cirugía vascular.

STENT CAROTÍDEO VS. TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS

KEYHANI S, ET AL. COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF CAROTID STENTING TO MEDICAL THERAPY AMONG PATIENTS WITH ASYMPTOMATIC CAROTID STENOSIS.

Stroke 2022;53:1157-1166

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.036178>

Keyhani S y colaboradores, del San Francisco Veterans Affairs Medical Center, EE. UU., señalan que si bien hay estudios que demuestran los beneficios de la endarterectomía carotídea (*carotid endarterectomy*, CEA) en la prevención del accidente cerebrovascular (ACV) en pacientes con estenosis carotídea, tanto en sintomáticos como asintomáticos, no se han completado ensayos que comparen en forma directa la angioplastia con stent (*carotid artery stenting*, CAS) con el tratamiento médico (TM). Dado que el riesgo de ACV en pacientes con lesión carotídea asintomática ha disminuido por los avances en el TM, está en curso el estudio prospectivo CREST-2, que compara el TM con los abordajes quirúrgicos, cuyos resultados estarían disponibles en 2025. Mientras se aguardan sus resultados, los autores realizaron un estudio retrospectivo sobre 219.979 pacientes ≥ 65 años con lesión carotídea, que habían recibido diagnóstico por imágenes entre 2005 y 2009; para formar una cohorte de asintomáticos fueron excluidos los pacientes con ACV o accidente isquémico transitorio en los 6 meses anteriores al estudio por imágenes, así como aquellos que habían recibido CAS o CEA en el mismo período. Los autores inicialmente depuraron a aquellos pacientes con estenosis $<50\%$ y posteriormente identificaron a 13.371 que presentaban informes de estenosis $>70\%$ o descripciones de estenosis severa, crítica o casi oclusiva. Se consideró momento 0 el del primer estudio que demostró lesión carotídea. Los autores seleccionaron a los pacientes con TM y aquellos con intervención (CAS o CEA) que fueran

de características similares. Después de aplicar los criterios de inclusión, quedaron definidos 551 pacientes con CAS, 2712 con CEA y 2509 con TM. La menor cantidad de casos de pacientes con CAS y además su mayor cantidad de comorbilidades (coronariopatía, EPOC, uso de antianginosos) impidió realizar un ensayo comparativo entre los tres grupos, por lo que en este estudio presentan la comparación entre los que recibieron efectivamente CAS dentro del primer año del diagnóstico y los que solo recibieron TM. Fue analizada la incidencia a 5 años de ACV fatal y no fatal, así como las muertes no relacionadas con ACV. El porcentaje de ACV o muerte en el grupo CAS dentro de los 30 días fue de 2,2%. El riesgo de ACV fatal o no fatal a los 5 años fue de 10,3% en el grupo CAS y 6,9% en el grupo TM; la sobrevivencia a 5 años fue de 61,7% y 66,9%, respectivamente. Una vez efectuados ajustes estadísticos, estas diferencias mantuvieron su ausencia de significación. Todos los análisis indican que el CAS no ofrece una ventaja significativa sobre el TM en términos de reducción de ACV.

Los autores reconocen algunas limitaciones del estudio por su carácter retrospectivo, por la escasa cantidad de pacientes en el grupo CAS y por el hecho de haber sido realizado en una población exclusivamente de sexo masculino. Con estas limitaciones, no se encontraron diferencias entre los pacientes tratados con CAS y los que recibieron TM. Se necesitan nuevos estudios para confirmar estos resultados.