

Dr. Julio Yarmuch
 Editor
 Revista Chilena de Cirugía
 Presente

Estimado Dr. Yarmuch:

Hemos leído con atención el interesante trabajo “Endarterectomía Carotídea con Medición de Presión de Muñón, Manejo Hemodinámico y Uso Selectivo de *Shunt*” publicado en nuestra Revista por el Dr. Juan Bombin y cols.¹

Felicitemos a los autores por su detallada comunicación, la que nos ha estimulado a verificar nuestra propia experiencia respecto del uso de *shunt*.

En nuestra institución efectuamos la endarterectomía carotídea (EC) preferentemente bajo protección cerebral con *shunt*, lo que nos permite tomar todo el tiempo necesario para el entrenamiento de residentes en esta delicada técnica. A diferencia de los autores, nuestra preferencia es el *shunt* de Sundt, técnicamente más simple y amigable de usar (*Integra NeuroSciences, NJ, USA*). Sin embargo, excepcionalmente y por lo general debido a condiciones locales de la arteria carótida, nos vemos enfrentados a efectuar la intervención prescindiendo de dicha protección.

Entre diciembre de 1977 y abril de 2018, hemos efectuado 1.821 EC, de las cuales 93 las completamos sin uso de *shunt*. El 60,22% de los pacientes era asintomático, y los 93 tenían permeabilidad del eje carotideo contralateral, confirmada en las imágenes preoperatorias. La indicación de no usar *shunt* fue: localización alta de la bifurcación carotídea, extensión de ateromatosis severa hacia la carótida común proximal o la imposibilidad técnica para instalación del *shunt*.

La morbilidad global a 30 días (neumonía, arritmia, etc.) en los 93 casos de EC sin *shunt* fue 2,15%, un caso presentó una complicación neurológica (hemorragia intracerebral = 1,08%), con mortalidad a 30 días de 0%.

Para comparación, en los 1.685 casos en que realizamos EC con *shunt* (excluidos los casos de EC combinada con cirugía cardíaca), el 47,3% era asintomático y la morbilidad global a 30 días fue 6,23%. La tasa de eventos neurológicos (transitorios y permanentes) a 30 días alcanzó 0,77%, y la mortalidad 30 días fue 0,42%.

La diferencia en la tasa de pacientes sintomáticos/asintomáticos entre ambos grupos alcanzó significación estadística ($p = 0,02$). Sin embargo, no hubo diferencia significativa en las cifras de mortalidad a 30 días ($p = 0,38$, RR 1,29 IC95% 0,07 a 22,63) ni en la morbilidad neurológica a 30 días ($p = 0,69$, RR 1,39 IC 95% 0,18 a 10,54) lo que confirma lo establecido por el Dr. Bombin y cols en su discusión, siendo lo más importante la adecuada selección de pacientes, su monitorización intra y posoperatoria, una técnica depurada, (la que el cirujano domine y ejecute con frecuencia).

Al final, como señala Hertzner²: en cirugía carotídea, lo importante son los resultados para el paciente.

Bibliografía

1. Bombin J, Kotlik A, Córdova G, Gómez C, Bombin M. Rev Chil Cir. 2018;70:35-9.
2. Hertzner HR. J Vasc Surg. 1995;21:6-15.

Atentamente

**Cristian Zárate B., Obren Drazic B.,
 Leopoldo Mariné M. y Francisco Valdés E.**
 Departamento de Cirugía Vasculay
 Endovascular. Facultad de Medicina,
 Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia:
 Dr. Francisco Valdés E.
 pancho.valdes.e@gmail.com