

Endarterectomía *versus* stenting carotídeo: evidencia actual y resultados clínicos a largo plazo

Endarterectomy *versus* Carotid Artery Stenting: Current Evidence and Longterm Clinical Results

Luis Angel Zayas Massó^{1*} <https://orcid.org/0009-0000-5397-2776>

Luis Carlos Mustelier Mustelier² <https://orcid.org/0009-0006-3403-5430>

Alexandra Bauta Figueroa¹ <https://orcid.org/0009-0007-5217-0254>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad de Medicina No. 2. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Filial de Ciencias Médicas de Contramaestre. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: luiszayasmasso@gmail.com

Recibido: 09/02/2026

Aceptado: 30/03/2026

Señor editor:

En las últimas décadas, el manejo de la estenosis carotídea significativa ha experimentado una notable evolución, particularmente con la incorporación del *stenting* carotídeo (SCA) como alternativa a la endarterectomía carotídea (ECA), considerada durante años el estándar de oro. Este avance tecnológico ha generado un intenso debate en la comunidad de angiología y cirugía vascular, centrado no

solo en la seguridad perioperatoria, sino en los resultados clínicos a largo plazo, la durabilidad del procedimiento y su impacto en la prevención del ictus.^(1,2)

La evidencia disponible, derivada tanto de ensayos clínicos aleatorizados como de estudios observacionales y metaanálisis, muestra resultados heterogéneos entre ambas estrategias.^(3,4) Mientras la ECA continúa asociándose con menores tasas de ictus ipsilateral tardío en determinados grupos de pacientes, el SCA ha demostrado beneficios en escenarios específicos, como en individuos con alto riesgo quirúrgico o anatomía cervical compleja. No obstante, la interpretación de estos resultados requiere cautela, pues factores como la experiencia del operador, la selección del paciente y el tipo de dispositivo utilizado influyen de manera significativa en los desenlaces reportados.

Desde una perspectiva crítica, se reconoce que la ECA presenta una mayor tasa de complicaciones locales, como lesión de nervios craneales, aunque generalmente transitorias, mientras que el SCA se asocia a un riesgo ligeramente superior de eventos cerebrovasculares periprocedimiento, especialmente en pacientes de edad avanzada. Estas diferencias han alimentado una narrativa dicotómica que, en ocasiones, simplifica excesivamente una decisión clínica que debe ser individualizada y contextualizada.

En este sentido, la evidencia más reciente sugiere que la comparación entre ECA y SCA no debe limitarse a indicadores aislados de morbimortalidad temprana, sino ampliarse a resultados a largo plazo, como la recurrencia de la estenosis, la necesidad de reintervención y la supervivencia libre de ictus^(2,5). Estudios de seguimiento prolongado han mostrado que, bajo condiciones óptimas y en centros con elevada experiencia, ambas técnicas pueden alcanzar resultados comparables, lo que refuerza la importancia del contexto asistencial en la toma de decisiones.

Cabe destacar que en entornos con recursos limitados, como ocurre en numerosos sistemas de salud de países en desarrollo, la elección entre ECA y SCA adquiere matices adicionales. La disponibilidad de tecnología, los costos asociados, la curva de aprendizaje y la infraestructura necesaria para procedimientos endovasculares complejos pueden inclinar la balanza hacia una u otra opción, más allá de la evidencia científica pura. Por tanto, la extrapolación acrítica de guías internacionales puede no reflejar adecuadamente las realidades locales.

Las opiniones en torno a la superioridad de una técnica sobre la otra continúan siendo divergentes. Por un lado, existe una postura conservadora que defiende la ECA como tratamiento de referencia, respaldada por décadas de experiencia y resultados consistentes a largo plazo. Por otro, una visión más innovadora resalta

el carácter menos invasivo del SCA, su menor tiempo de recuperación y su potencial beneficio en subgrupos bien seleccionados de pacientes. Ambas posiciones encuentran sustento en la literatura, lo que evidencia la complejidad del problema.^(1,2,3)

Al contrastar estas perspectivas, emerge un consenso fundamental: ni la ECA ni el SCA deben considerarse procedimientos universales. Su impacto clínico depende de una adecuada selección del paciente, la experiencia del equipo tratante y la evaluación integral del riesgo-beneficio individual. En este contexto, la medicina vascular moderna debe avanzar hacia modelos de decisión compartida y equipos multidisciplinarios que integren criterios clínicos, anatómicos y contextuales.

Por lo anterior, los autores consideran imprescindible promover una visión equilibrada y crítica de la evidencia comparativa entre endarterectomía y *stenting* carotídeo. Más que fomentar una competencia entre técnicas, resulta prioritario fortalecer la capacitación, la evaluación continua de resultados y la adaptación de las recomendaciones internacionales a las realidades de cada sistema de salud. Solo así será posible garantizar intervenciones seguras, eficaces y sostenibles en la prevención del ictus a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Halliday A, Bulbulia R, Bonati LH, Chester J, Craddock-Bamford A, Peto R, *et al.* Collaborative Group. Second asymptomatic carotid surgery trial (ACST-2): a randomised comparison of carotid artery stenting versus carotid endarterectomy. *Lancet.* 2021;398(10305):1065-73. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01910-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01910-3)
2. Vasavada AM, Singh P, Firdaus A, Sundaram DM, Patel M, Singh G, *et al.* Carotid endarterectomy versus stenting for the treatment of patients with carotid artery stenosis: an updated systematic review and meta-analysis. *Cureus.* 2023;15(2):e35070. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.35070>
3. Krittanawong C, Ang SP, Tangsrivimol JA, Qadeer YK, Wang Z, Virk HUH, *et al.* Carotid artery stenting versus carotid endarterectomy for symptomatic or asymptomatic extracranial carotid stenosis: a national cohort study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2024;33(12):108094. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.108094>

4. Baek JH. Carotid artery stenting for asymptomatic carotid stenosis: what we need to know for treatment decision. *Neurointervention*. 2023;18(1):9-22. DOI: <https://doi.org/10.5469/neuroint.2023.00031>

5. Wang J, Bai X, Wang T, Dmytriw AA, Patel AB, Jiao L. Carotid stenting versus endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2022;53(10):3047-54. DOI: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.038994>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.