

## TRABAJOS SELECCIONADOS

Presentamos comentarios sobre una selección de trabajos recientes publicados en revistas de prestigio internacional, que merecen atención por la calidad de los datos o la importancia de sus conclusiones. El objetivo es tener una mirada sobre nuevos aspectos de la investigación o trabajos de revisión que actualicen temas de nuestra especialidad.

El Comité Editorial considerará sugerencias sobre trabajos recientes que a criterio de los lectores merezcan ser comentados en esta sección (revista@caccv.org.ar).

---

### **ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁCTICA PARA LA INFECCIÓN INGUINAL EN CIRUGÍA VASCULAR AMATO B, COMPAGNA R, DE VIVO S, ROCCA A, CARBONE F, GENTILE M, CIROCCHI R, SQUIZZATO F, SPERTINO A, BATTOCCHIO P. GROIN SURGICAL SITE INFECTION IN VASCULAR SURGERY: SYSTEMIC REVIEW ON PERI-OPERATIVE ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS**

*Antibiotics (Basel)*. 2022 Feb; 11(2): 134

<https://doi.org/10.3390/antibiotics11020134>

A pesar de los recientes avances en los cuidados pre y posoperatorios, las infecciones del sitio quirúrgico (*surgical site infections*, SSI) en cirugía vascular se mantienen en valores significativos. B. Amato, de la Universidad Federico II de Nápoles, Italia, y colaboradores realizaron una revisión sistemática de trabajos publicados entre 1980 y 2020 en las bases de datos OVID, PubMed y EMBASE. En todas las especialidades se informa un riesgo de 2-4% de SSI en cirugías “limpias”, pero estas cifras ascienden en caso de procedimientos postraumáticos (15-50%) o en poblaciones con factores de riesgo, como los pacientes de alto riesgo de cirugía vascular (15-22%). Las recomendaciones actuales en caso de cirugía vascular limpia indican no más de 24 horas de antibioticoterapia intravenosa perioperatoria, dado que no se observan beneficios con la prolongación de este tratamiento. Sin embargo, cuando existen claros signos de infección o factores de riesgo, como el uso de prótesis sintéticas, la conducta no está bien definida.

La principal incidencia de SSI en cirugía vascular se comprueba en la zona inguinal, con porcentajes que varían entre 5% y 30%. Los factores que aumentan este riesgo son la diabetes, el hábito de fumar, el sexo femenino, las prótesis de material sintético, la obesidad y el uso de esteroides. Si bien cualquier bacteria puede teóricamente infectar una prótesis vascular o provocar una SSI, las más frecuentes son la Gram - *Pseudomona aeruginosa*, y *Staphylococcus epidermidis* y *S. aureus* entre las Gram +. Un particular desafío lo constituyen los biofilms, complejos bacterianos que se caracterizan por la secreción de matrices protectoras adhesivas, que los protegen de

los antibióticos externos y las defensas del huésped.

Los autores encontraron 364 publicaciones, de las cuales, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 36 fueron consideradas aptas para el metaanálisis. Los resultados del metaanálisis indican que la terapia antibiótica preoperatoria de elección para la prevención del SSI en cirugía vascular son las cefalosporinas de primera o segunda generación, de bajo costo (la más comúnmente usada es la cefazolina), mientras que la vancomicina y la clindamicina se reservan para los casos de alergia a los  $\beta$ -lactámicos. Es conveniente recordar que el antecedente a alergia a estos antibióticos es muy frecuente, pero que solo en el 10% de los casos corresponden a una alergia real. Para una adecuada estrategia de tratamiento, se sugiere en estos casos la realización de pruebas cutáneas de alergia. En el caso de centros con elevada prevalencia de infecciones por *S. aureus* meticilino resistentes, o en pacientes con alto riesgo de infección (geriátricos, oncológicos, pacientes en diálisis) debe considerarse el uso de vancomicina para la profilaxis, habiéndose observado en estos casos el beneficio de la administración conjunta con cefazolina. Otros autores han encontrado beneficios con la administración de una segunda dosis de cefazolina en pacientes con pérdida de sangre superior a 1500 ml o en cirugías prolongadas.

Para los procedimientos endovasculares no existe un consenso general sobre la profilaxis antibiótica, siendo habitual el mismo esquema que para las cirugías vasculares abiertas (dosis única preoperatoria de cefazolina, reemplazada por vancomicina en caso de alergia a  $\beta$ -lactámicos). Existe controversia en cuanto a la utilidad de la investigación preoperatoria

## 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  $\geq 65$  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 supervivencia 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.