

**LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO****Cirugía de carótida: GALA trial, la anestesia regional no es mejor****Referencia completa:**

General anaesthesia versus local anaesthesia for carotid surgery (GALA): a multicentre, randomised controlled trial. GALA Trial Collaborative Group\*. Lancet 2008; 372: 2132-42 ([pubmed](#))

D.Arnal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**Resumen**

La técnica anestésica más adecuada para la cirugía de la tromboendarterectomía carotídea es discutible. En ausencia de un monitor fiable para la valoración del flujo sanguíneo desde el polígono de Willis durante el clampaje de la carótida operada, la anestesia regional permite valorar la insuficiencia mediante la alteración del nivel de conciencia, déficit motor o aparición de convulsiones. Basándose en ensayos clínicos previos de pequeño tamaño, el GALA Trial Collaborative Group pretendía demostrar los beneficios de la anestesia regional frente a la general en un gran ensayo clínico multicéntrico.

**Introducción:**

La técnica anestésica más adecuada para la cirugía de la tromboendarterectomía carotídea es discutible. En ausencia de un monitor fiable para la valoración del flujo sanguíneo desde el polígono de Willis durante el clampaje de la carótida operada, la anestesia regional permite valorar la insuficiencia mediante la alteración del nivel de conciencia, déficit motor o aparición de convulsiones. Basándose en ensayos clínicos previos de pequeño tamaño, el GALA Trial Collaborative Group pretendía demostrar los beneficios de la anestesia regional frente a la general en un gran ensayo clínico multicéntrico.

**Resumen:**

En un ensayo clínico randomizado se incluyeron 3526 pacientes de 95 centros en 24 países desde Junio de 1999 a Octubre de 2007. Se asignaron los pacientes a ser intervenidos mediante anestesia general (AG) o anestesia regional (AR) (sin especificar qué tipo de bloqueo). Los

objetivos principales fueron: ictus, IAM o muerte hasta 30 días de la anestesia. Los pacientes fueron evaluados a los 30 días por un neurólogo ciego para la anestesia recibida. Establecieron 3 subgrupos a priori: Oclusión vs no oclusión de carótida contralateral, más o menos de 75 años y riesgo basal de ictus o muerte bajo o alto. No hubo diferencias significativas en los resultados principales (disponibles en 1752 pacientes con AG y 1771 con AR). El 4,8% de AG y el 4,5% de AR sufrieron una complicación principal (NS). La aparición de IAM fue discretamente mayor en el grupo de AR (0,5 vs 0,2%). Sólo el subgrupo de oclusión de carótida contralateral tuvo una tendencia más clara al beneficio con AR (7/160 vs 13/150,  $p=0.098$ ). No hubo diferencias en la duración de la cirugía, hematoma o infecciones PO. El 4,4% de los pacientes con AR tuvo complicaciones locales que motivaron la cancelación o conversión a AG.

**Comentario:**

Este ensayo es el más grande con diferencia hasta la fecha pero, incluso sumando los datos a



los ensayos previos, no se consigue demostrar el beneficio de la AR (OR 0,36-1,07). La conclusión del estudio nos deja parecido a como estábamos: No hay razones suficientes para elegir un tipo de anestesia u otro en cuanto a las complicaciones principales (ictus, IAM o muerte). El subgrupo de oclusión de la carotídea contralateral podría ser el más beneficiado por la AR, pero tampoco ha quedado demostrado. Además, resulta preocupante la tendencia a mayor incidencia de IAM en el grupo de AR. ¿Podría estar en relación con el estrés de una técnica sedación inadecuada? ¿Podría estar en relación con la administración (no controlada en el estudio) de adrenalina en las soluciones?

Más información: <http://www.dcn.ed.ac.uk/gala/>

---

**Correspondencia al autor**

*Daniel Arnal Velasco*

[darnal@anestesiario.org](mailto:darnal@anestesiario.org)

*Adjunto. Unidad de Anestesia y Reanimación  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

---

[Artículo recibido en AnestesiaR el 22/12/2008](#)

