

11 Enfermedad cerebrovascular de origen carotídeo

La estenosis carotídea es la entidad más prevalente dentro de la patología isquémica de los troncos arteriales supraaórticos, y es responsable de uno de los mayores problemas sanitarios de nuestro medio: el ictus isquémico, que constituye la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en varones, por entidades específicas.

El 80 % de los accidentes cerebrovasculares (ACV) son de origen isquémico y, de

ellos, más del 80 % se producen en el área carotídea.

Se estima que el 20-25 % de la población mayor de 50 años tiene lesiones ateromatosas significativas en las arterias cervicales y, de ellos, un 3 % presentan lesiones con riesgo de provocar una isquemia cerebral. El riesgo para las estenosis carotídeas sintomáticas es del 8-15 % y del 1-2 % anual para las asintomáticas.

Etiopatogenia

La causa más frecuente es la arteriosclerosis, que produce isquemia cerebral mediante microembolias procedentes de placas carotídeas inestables o complicadas y de fracaso de la perfusión por estenosis hemo-

dinámicamente significativas (> 50 % de la luz vascular) u oclusión, en situaciones de insuficiente suplencia colateral o hipotensión sistémica. Los factores de riesgo se describen en la tabla 1.

TABLA 1. Factores de riesgo de estenosis carotídea

1. Edad: más frecuente en edades avanzadas
2. Género: más frecuente en varones
3. Antecedentes familiares de ictus
4. HTA: es el factor de riesgo más importante para ictus isquémico y hemorrágico. Con diabetes o tabaquismo multiplica por 20 el riesgo de ictus
5. Tabaquismo: factor independiente que aumenta el riesgo para todo tipo de ictus, sobre todo en < 55 años
6. Diabetes: desarrollo más precoz y más grave de arteriosclerosis
7. Dislipidemia: asociada a progresión de la placa
8. Grosor de la íntima-media: en los últimos años, se ha conformado como un marcador precoz de arteriosclerosis carotídea y como un factor pronóstico de ictus y cardiopatía isquémica

Diagnóstico

ANAMNESIS

Se evaluarán los antecedentes familiares o personales de accidentes isquémicos y la existencia de factores de riesgo.

DATOS CLÍNICOS

La enfermedad puede manifestarse como:

- Isquemia cerebral transitoria: suele durar menos de 15 minutos. Aparece habitualmente como déficit neurológico retiniano ipsilateral (amaurosis fugaz) y/o hemisférico (déficit sensitivo o motor faciobraquial contralateral, con afasia o sin ella, y disartria, hemianopsia contralateral).
- Infarto cerebral: déficit de duración mayor a 24 horas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Incluye la auscultación del cuello en busca de un soplo carotídeo de timbre alto y sonido intenso y prolongado, y la ausencia o debilidad de pulsos carotídeos.

Estas maniobras deberían considerarse en todos los pacientes mayores de 40 años con síntomas neurológicos y en los asintomáticos pero con múltiples factores de riesgo. Si bien la detección de un soplo no es un factor pronóstico exacto de enfermedad grave, puede

alertar sobre la existencia de arterioesclerosis e inducir a educar al paciente en el reconocimiento precoz de los síntomas y en el control de los factores de riesgo.

La exploración se extenderá a otras zonas cardiovasculares (cardíaca, miembros inferiores y superiores) y neurológicas.

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

- Eco-Doppler color. Es un método no invasivo, de bajo coste y con elevada sensibilidad y especificidad. Es el método de elección para la detección selectiva de la enfermedad asintomática (tabla 2).
- Angiografía computarizada.
- Angiorresonancia. Combinada con la eco-Doppler, tiene una precisión diagnóstica del 100 %.
- Angiografía convencional. Reservada para los casos discordantes.

TABLA 2. Detección selectiva de la enfermedad asintomática

- Pacientes con varios factores de riesgo cardiovascular
- Cardiopatía isquémica grave: enfermedad coronaria grave (afecta a 3 vasos o tiene un tronco común) + fracción eyección < 50 %
- Candidatos a cirugía coronaria
- Isquemia arterial de EE.II.
- Aneurisma de aorta

Diagnóstico diferencial

Es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, como displasia fibrosa muscular, elongaciones y tortuosidades

de la carótida, arteritis de Takayasu, disección arterial, arteriopatía posirradiación, traumatismos directos, entre otras.

Tratamiento

El principio fundamental de la estrategia de tratamiento es la *prevención*, basada en el conocimiento de los factores de riesgo car-

diovascular y su modificación. Así, el control de las cifras de la tensión arterial reduce el riesgo de ictus hasta en un 40 %.

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los bloqueantes de los canales del calcio y los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II), asociados o no asociados con diuréticos, han demostrado una reducción del riesgo de ictus en pacientes hipertensos y diabéticos.

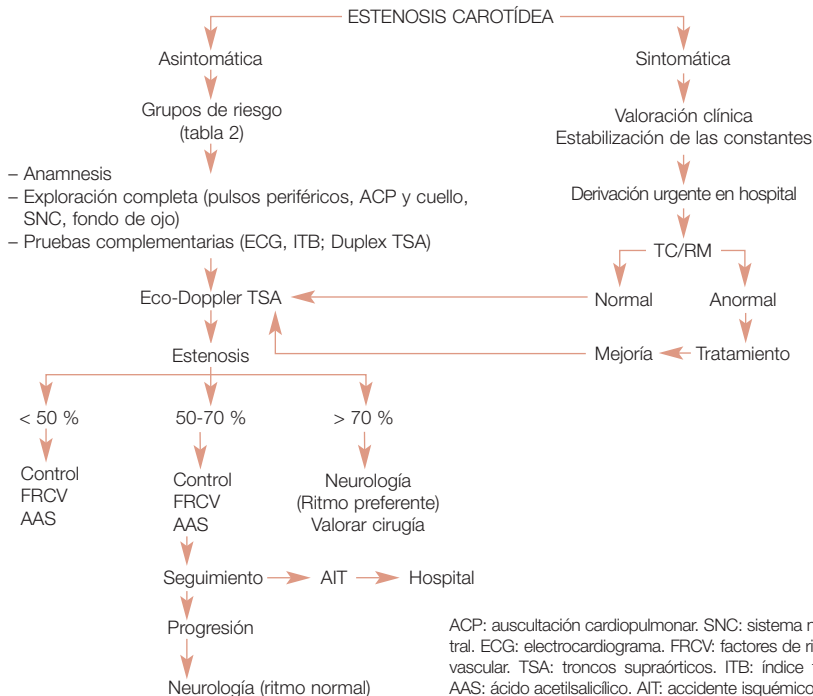
El cese del tabaquismo supone una disminución del riesgo, que a los 4 años se iguala al de los no fumadores. La actividad física regular, durante al menos 30 minutos, 3-4 veces por semana, es también muy eficaz en la prevención del ictus.

El control del perfil lipídico con el empleo de estatinas ha demostrado una disminución del riesgo de ictus del 20-32 %.

El ácido acetilsalicílico, 300 mg/día como tratamiento y 75-150 mg/día como mantenimiento, es el agente de elección en la prevención de los ACV en estenosis carótídeas asintomáticas sin indicación quirúrgica. En casos de intolerancia, se puede sustituir por clopidogrel.

La cirugía (endarterectomía) se recomienda en pacientes sintomáticos con estenosis superior al 70 %. En estenosis entre el 50 y el 70 %, la indicación quirúrgica debe ser individualizada y realizarse sólo en centros que acrediten un porcentaje de complicaciones peroperatorias inferior al 6 %. Como indicación de cirugía se recomienda disponer de dos pruebas no invasivas concordantes (eco-Doppler y angio-RM). En otros casos, se realiza una angioplastia con colocación de un *stent*.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD CAROTÍDEA



Bibliografía recomendada

Cairols MA. *Patología cerebrovascular.* En: Actualización en patología vascular para el médico de atención primaria. Barcelona: Doyma; 2003.

Goldstein L, et al. *Primary prevention of ischemic stroke.* A statement for healthcare professionals from The Stroke Council of the American Heart Association. *Circulation.* 2001;103:163-182.

Paolantonio D. *Arterioesclerosis, enfermedad vascular carotídea y stroke.* Octubre 2005 (en línea). Disponible en www.fac.org.ar/revista/05v34n2/edito/edit01/paolan.php

Ruiz Gimeno N, González Ruano P, Suárez C. *Abordaje del accidente cerebrovascular.* *Inf Terap SNS.* 2002;26(4):93-106.