



ARTÍCULO ESPECIAL

En la estenosis carotídea asintomática, salvo excepciones, el tratamiento médico es el más adecuado



J.I. Blanes Mompó

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital de Manises, Valencia, España

Recibido el 17 de marzo de 2014; aceptado el 23 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 25 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Estenosis carotídea
asintomática;
Tratamiento médico

KEYWORDS

Asymptomatic carotid
stenosis;
Medical treatment

Resumen La estenosis carotídea asintomática (ECA) tiene una alta prevalencia y una pequeña posibilidad de ictus. Su tratamiento implica la aplicación del llamado tratamiento médico intensivo (TMI) de la arteriosclerosis y en casos seleccionados la cirugía carotídea, bien mediante endarterectomía (TEA), bien mediante stent (CAS). Las indicaciones actuales están basadas en ensayos clínicos antiguos donde no se aplicaba el tratamiento médico actual, y el único criterio de selección en relación con la lesión era el grado de estenosis. Actualmente, con la aplicación del TMI, la tasa de ictus en pacientes con ECA es similar a la obtenida en la rama quirúrgica de los ensayos clínicos, resultados que son mejores que en la práctica habitual. Sí que existe un subgrupo de pacientes que podrían beneficiarse de la cirugía, y son aquellos con una placa inestable a pesar del TMI. Por todo esto debemos ser cautos a la hora de practicar una intervención quirúrgica en pacientes con ECA, y serían necesarios ensayos clínicos aleatorizados que compararan el CAS, la TEA y el mejor tratamiento médico en pacientes con ECA.

© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

With few exceptions, medical treatment is the most appropriate in asymptomatic carotid stenosis

Abstract Asymptomatic carotid stenosis (ACS) has a high prevalence and a small possibility of stroke. Its treatment involves the application of the so-called, intensive medical treatment (IMT) of the arteriosclerosis, and in selected cases, carotid surgery, either by endarterectomy (TEA) or a Stent (CAS). The current indications are based on old clinical trials in which the current medical treatment was not applied, and the only selection criterion relating to the lesion was the grade of stenosis. With the application of IMT, the stroke rate in patients with ACS is currently similar to that obtained in the surgical arm of the clinical trials, results that are better than in normal practice. If there is a sub-group of patients who could benefit from surgery, then they are those with an unstable plaque despite the IMT. For all this, we should

Correo electrónico: lochv@telefonica.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2014.03.013>

0003-3170/© 2014 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

be cautious when performing a surgical intervention in patients with ACS. Randomised clinical trials are needed to compare CAS, TEA, and the improved medical treatment in patients with ACS.

© 2014 SEACV. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La estenosis carotídea (EC) es una de las causas principales de ictus isquémico, un grave problema de salud pública. El ictus, con una prevalencia del 30/00 anual, es la tercera causa de muerte en la población y la primera de incapacidad prolongada severa¹. Un 20% se desarrollan en pacientes con EC, el 80% de estos como primer evento, es decir en pacientes con EC asintomática (ECA)², aunque un 20 a un 45% de ellos son debidos a enfermedad de pequeño vaso o cardioembólicos a pesar de la EC³.

La prevalencia de EC de algún grado en varones y mujeres mayores de 65 años es del 75 y 62%, mayor del 50% de estenosis del 7 y 5%, y mayor del 80% del 2,4 y 1,1% respectivamente⁴, mayor aún en pacientes con lesiones arterioscleróticas a otros niveles. Un 11-26% de pacientes con enfermedad coronaria y un 25-49% con enfermedad arterial de las extremidades tienen una ECA. Los hallazgos morfológicos en la placa arteriosclerótica carotídea son en muchos aspectos similares a los hallados en las placas de cualquier otro territorio, e incluyen un núcleo rico en lípidos y una placa fibrosa. La presencia de una placa de ateroma en la bifurcación carotídea pone al paciente en situación de alto riesgo de morbimortalidad cardiovascular, ictus, infarto de miocardio y muerte cardiovascular, muy superior al de la población normal, por lo que debe aplicarse un tratamiento médico intensivo (TMI) para controlar los factores de riesgo e inhibir la aterotrombosis como en cualquier otro paciente arterioscleroso².

Además del TMI que debe aplicarse, la ECA puede tratarse mediante cirugía, bien endarterectomía (TEA), bien stent (CAS), existiendo recomendaciones de las distintas sociedades según la evidencia científica (tablas 1 y 2)^{5,6}.

Estas indicaciones están basadas en 2 ensayos clínicos, ACAS, publicado en 1995, que incluyó a 1.662 pacientes y ACST, publicado en 2004, que incluyó a 3.120 pacientes. Los datos brutos de los estudios ACAS y ACST muestran un riesgo anual de ictus ipsilateral en pacientes tratados con TEA más tratamiento médico del 1% y con tratamiento médico de aproximadamente el 2% y a los 5 años del 5,5 vs 11,2%, sin beneficio en mujeres y teniendo en cuenta los criterios selectivos de exclusión y la bajísima tasa de eventos, un 3%. El número necesario para tratar (NNT) a los 2 años es de 83 y a los 3 años de aproximadamente 33, lo que puede implicar que 82 pacientes a 2 años y 32 a 3 van a intervenir sin beneficio.

Los propios autores del ACST advierten sobre la interpretación y generalización de los resultados. Los beneficios solamente son con una tasa de eventos peroperatorios menor del 3%, lo que es inferior a los registros habituales. Además, no se encontró beneficio en mayores de 75 años y no había diferencia en relación con el grado de estenosis, lo que

contrasta con los estudios de historia natural de ECA. Estos ensayos aleatorizaron pacientes desde finales de los 80 hasta los primeros años del 2000, una época en que el tratamiento médico era subóptimo comparado con el actual, y en los ensayos el tratamiento médico se dejaba a la discreción del médico. En el ACAS un porcentaje tomaba antiagregantes, pero no estatinas, ni tenía un control estricto de la presión arterial. En el ACST, más reciente, el 90% de los pacientes estaba con antiagregación, un 65% con tratamiento antihipertensivo y una media del 45% tomaba estatinas, variando del 10% al inicio del estudio al 80% en los últimos pacientes incluidos. Por ello, la eficacia de la TEA para ECAS en la actual práctica clínica es controvertida⁷⁻⁹.

En el estudio CREST, que compara resultados de TEA vs CAS en estenosis carotídea sintomática y asintomática, sin rama médica, los pacientes asintomáticos tuvieron un riesgo quirúrgico de ictus o muerte del 2,5% para stent y del 1,4% para endarterectomía. El riesgo a 4 años fue del 4,5% con stent y un 2,7% con endarterectomía, lo que comparado con el riesgo de la endarterectomía en los estudios ACAS y ACST parece razonable¹⁰. Actualmente el riesgo de ictus en pacientes tratados con el TMI es de entre el 0,5 y el 1,2% al año, lo que mejora los resultados de las ramas médicas y quirúrgicas de los estudios ACAS, ACST o CREST. Este descenso también se ha asociado a una disminución de síndrome coronario agudo y de muerte súbita, y está probablemente relacionado con la mayor eficacia del tratamiento médico de la enfermedad arterial, debido a un mejor conocimiento de la misma. Ha habido una expansión de los umbrales utilizados para definir y tratar la diabetes mellitus, la hipertensión y la hiperlipidemia, así como una mejora en el conocimiento de la protección vascular que ofrecen los nuevos fármacos: antiagregantes, antihipertensivos e hipolipemiantes. Entre los antiagregantes el ácido acetilsalicílico como monoterapia, o asociado a dipiridamol, que en sintomáticos ha demostrado una disminución del riesgo relativo de accidente isquémico cerebral transitorio (AIT) e ictus del 37%¹¹. Respecto a los fármacos antihipertensivos debe mantenerse en pacientes con estenosis carotídea unos niveles de PA < 140/90 en no diabéticos y de 130/80 en diabéticos. Además, se ha demostrado que con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ramipril), a igual control de la presión arterial que con otros antihipertensivos, se reduce la tasa de eventos un 32% y con perindopril asociado a diurético se redujo la tasa de ictus un 43%¹², probablemente por el efecto proinflamatorio que la angiotensina II ejerce sobre la pared arterial¹³. Respecto a los hipolipemiantes, para pacientes con ECA no hay ensayos aleatorizados. Sin embargo, el *European Stroke Initiative* recomienda el tratamiento con estatinas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867775>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867775>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)