



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Manejo actual de la estenosis carotídea asintomática



L. Castilla-Guerra^{a,*}, M.C. Fernández-Moreno^b y L. Serrano-Rodríguez^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

^b Servicio de Neurología, Hospital de Valme, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Recibido el 26 de octubre de 2014; aceptado el 30 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 9 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Aterosclerosis;
Estenosis carotídea
asintomática;
Enderectomía
carotídea;
Angioplastia
carotídea;
Prevención primaria;
Ictus

KEYWORDS

Atherosclerosis;
Asymptomatic carotid
stenosis;
Carotid
endarterectomy;
Carotid angioplasty;
Primary prevention;
Stroke

Resumen La estenosis carotídea asintomática (ECA) es un problema frecuente en la clínica diaria y su manejo sigue siendo motivo de controversia. Al contrario que en la enfermedad carotídea sintomática, los principales estudios sobre tratamiento quirúrgico de los sujetos con ECA solo han mostrado un beneficio modesto para la prevención primaria del ictus y, además, el tratamiento médico actual ha conseguido disminuir de forma drástica el riesgo de ictus de los sujetos con ECA. La selección de los pacientes subsidiarios de tratamiento endovascular, o cómo y cuándo hacer el seguimiento ecográfico de estos pacientes son cuestiones a resolver. En este artículo se analizan dos nuevos estudios en desarrollo que proporcionarán nuevas evidencias para un mejor manejo de la ECA en la práctica clínica diaria.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Current management of asymptomatic carotid stenosis

Abstract Asymptomatic carotid stenosis (ACS) is a common problem in daily clinical practice, and its management is still the subject of controversy. In contrast to symptomatic carotid disease, the main studies on surgical treatment of patients with ACS have shown only a modest benefit in the primary prevention of stroke. In addition, current medical treatment has drastically decreased the risk of stroke in patients with ACS. Selecting patients amenable to endovascular treatment and determining how and when to conduct the ultrasound follow-up of these patients are issues that still need resolving. This article analyzes two new studies underway that provide evidence for better management of ACS in daily clinical practice.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Varón de 67 años con los antecedentes personales de fumador de un paquete al día, hipertensión arterial desde hace siete años en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, y diabetes desde hace cuatro años en tratamiento con metformina/sitigliptina. Se remite a la consulta de Medicina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: castillafernandez@hotmail.com
(L. Castilla-Guerra).

Interna por sospecha de bocio. En la ecografía cervical el radiólogo refiere como hallazgo una aterosclerosis carotídea bilateral con una estenosis del 80% en la arteria carótida interna izquierda.

¿Cómo debe ser evaluado y tratado este paciente?

El problema clínico

La estenosis carotídea asintomática (ECA) de causa aterosclerótica es un problema muy frecuente en la práctica clínica diaria, en particular en varones y sujetos de mayor edad. En el Cardiovascular Health Study¹ realizado sobre 5.201 personas con ≥ 65 años el 75% de los hombres y el 62% de las mujeres tenían placas carotídeas. Aunque la prevalencia de una ECA significativa (estenosis $\geq 50\%$) es menor del 0,2%, en los sujetos menores de 50 años, asciende al 7,5% en los mayores de 80 años².

Si tenemos en cuenta que hasta el 20-30% de los infartos cerebrales son debidos a una afectación aterosclerótica carotídea³, está claro que nos enfrentamos a un problema frecuente y de gran implicación clínica.

En estos últimos años ha habido grandes avances en el manejo de la aterosclerosis carotídea. Estos avances comenzaron en el año 1951 cuando Miller Fisher⁴ estableciera la asociación entre la aterosclerosis carotídea y la aparición de ictus, y propusiera la retirada de la placa carotídea como método de prevención del ictus.

A pesar de todo ello, el correcto manejo de los pacientes con ECA es en la actualidad motivo de controversia y la búsqueda de su mejor tratamiento ha ocupado en los últimos años un papel relevante en la literatura médica mundial.

¿Tratamiento médico o quirúrgico?

El papel del tratamiento quirúrgico con la endarterectomía carotídea y, en casos seleccionados, la angioplastia carotídea con la colocación de stent ha estado tradicionalmente sobreevaluado. De hecho en los Estados Unidos, casi el 90% de las indicaciones de endarterectomía y angioplastia carotídeas se realizan en sujetos con ECA⁵.

Es importante tener presente que las recomendaciones sobre la endarterectomía carotídea en la ECA se basan principalmente en los resultados obtenidos en 2 estudios aleatorizados realizados en los años 90 en los que se comparaban la endarterectomía con el «mejor tratamiento médico» disponible. Se trata de un estudio norteamericano, el ACAS (Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study)⁶ y otro europeo, el ACST (Asymptomatic Carotid Surgery Trial)⁷. En el ACAS se aleatorizó a un total de 1.662 pacientes con ECA con una estenosis del 60% o superior. Después de una media de seguimiento de 2,7 años, el riesgo combinado de ictus perioperatorio o muerte fue de 1,5%. En el ACST, esa misma comparación se realizó sobre 3.120 pacientes. El riesgo de ictus ipsilateral proyectado a más de 5 años fue del 5,1% con la endarterectomía frente al 11,0% para los pacientes con tratamiento médico.

Pero es necesario profundizar en ambos estudios para entenderlos plenamente. La reducción del riesgo absoluto de ictus con endarterectomía fue solo de alrededor del 1% por año^{6,7}. Por lo que aproximadamente se necesitarían

intervenir 200 pacientes para evitar un ictus mortal o incapacitante al año⁸. Ninguno de los dos ensayos mostró un claro beneficio en mujeres tratadas con endarterectomía carotídea. Por otra parte, solo se aceptó a cirujanos con un historial de seguridad excelente, y algunos de los cirujanos fueron excluidos durante el estudio debido a resultados quirúrgicos adversos. Además, se vio que el beneficio de la endarterectomía era significativo solo después de 5 años de seguimiento. Por todo lo cual, la endarterectomía no debería realizarse en centros con tasas de complicación quirúrgica superiores a un 3% o en pacientes cuya esperanza de vida fuera inferior a los 5 años⁶⁻⁸.

Además, es necesario tener presente que el «mejor tratamiento médico» en esos años se basaba principalmente en el uso del ácido acetilsalicílico, junto a un tratamiento antihipertensivo no intensivo y, ocasionalmente, estatinas de baja potencia. Evidentemente en estas últimas décadas ha mejorado mucho el tratamiento médico.

De manera que en la actualidad, con el mayor uso de estatinas, su mayor potencia, y la mejora en el control de la presión arterial, se ha visto que el riesgo anual de ictus de un paciente con ECA, que rondaba el 3% anual, ha disminuido claramente. Hoy en día el riesgo anual de ictus con el «mejor tratamiento médico» posible es del 0,5%⁹, por lo que la indicación de cirugía carotídea en pacientes con ECA, con los riesgos que toda intervención conlleva, parece cada vez menos adecuada.

De hecho, en un estudio reciente sobre las características histopatológicas de placas de 1.583 pacientes sometidos a endarterectomía carotídea realizadas entre los años 2002 y 2011, se ha visto un cambio dependiente del tiempo en la composición de la placa, siendo cada vez menos inestables, lo cual parece ser relacionado con un mejor control de los factores de riesgo¹⁰.

Además, en un metaanálisis sobre pacientes con ECA que incluyó 6 ensayos randomizados con 5.733 pacientes (endarterectomía = 2.853 y tratamiento médico = 2.880) se vio que la endarterectomía era útil para los pacientes recientemente sintomáticos con estenosis de la arteria carótida $\geq 50\%$, pero no aportaba ningún beneficio en términos de ictus o muerte para los pacientes asintomáticos (RR = 0,93, 95% IC: 0,84 a 1,02; I² = 0%, p = 0,14)¹¹.

En relación al uso de la angioplastia carotídea e implante de stent en pacientes asintomáticos, los datos son aún más limitados. La angioplastia surgió como alternativa a la endarterectomía carotídea en pacientes con alto riesgo de complicaciones y actualmente no hay datos que respalden la supremacía de la angioplastia sobre la endarterectomía en los pacientes asintomáticos⁸. Además, debido a la falta de grupo control en los distintos ensayos clínicos, no disponemos de datos de seguridad y eficacia de la angioplastia en pacientes con ECA respecto al tratamiento médico.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que, en base a los principales ensayos publicados en relación a la angioplastia, la tasa de mortalidad o de ictus perioperatorio (30 días) para los pacientes con ECA es aproximadamente del 2,5-3% lo cual limitaría el beneficio de la angioplastia en los pacientes asintomáticos frente al tratamiento médico actual^{8,12}.

Una reciente revisión sistemática y metaanálisis de la U.S. Preventive Services Task Force ha confirmado la falta de beneficios de la angioplastia o la colocación de stents, frente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827123>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827123>

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