
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Cuál es el futuro de la enfermedad carotídea asintomática: un análisis de expertos”

**WHAT IS THE FUTURE OF ASYMPTOMATIC CAROTID ARTERY DISEASE? /
EXPERT ANALYSIS**

Kamal Gupta, M.B.B.S., F.A.C.C.; Zubair Shah, MBBS. Artículo publicado en “Latest in Cardiology” en la página del American College of Cardiology (www.acc.org), el 16 de Junio de 2015.

En las revisiones de análisis de expertos que realiza el Colegio Americano de Cardiología, la semana pasada se publicó la evidencia y el futuro del manejo en la enfermedad carotídea asintomática. Como parte del manejo global del riesgo, es frecuente encontrar en nuestros pacientes el compromiso multisistémico de la enfermedad aterosclerosa. Aquí los mensajes claves para la práctica clínica:

1. La enfermedad carotídea asintomática es un término que puede llegar a ser complejo de definir, dado que con las técnicas actuales de imagen cerebral se ha identificado que hay una prevalencia de infarto cerebral silente entre 6% y 28%. La prevalencia de enfermedad carotídea asintomática como factor de riesgo modificable para ACV está entre el 2% y el 6% según las series (Datos tomados de Heart Disease and Stroke, 2015).
2. La sensibilidad y especificidad para detectar enfermedad carotídea a través de la auscultación (soplo) es del 56% y 98% respectivamente. La tasa anual de ACV en pacientes tratados médicamente con esta entidad y con metas de prevención de enfermedad cardiovascular y tratamiento de los factores de riesgo es aproximadamente del 1% (Tomado de 2014 Stroke Prevention Guidelines):
 - a. Todo paciente con enfermedad carotídea asintomática debe recibir AAS y estatinas además del manejo médico óptimo basado por metas en HTA, DM, enfermedad renal crónica y fibrilación auricular.
 - b. Es razonable considerar la endarterectomía carotídea en pacientes asintomáticos con estenosis > 70% de la carótida interna si el riesgo perioperatorio de ACV, infarto y muerte es menor del 3%.
 - c. En lesiones > 50% debe realizar doppler dúplex anual para determinar la progresión (regresión).

- d. Podría considerarse el manejo con STENT carotídeo en asintomáticos muy seleccionados con lesiones > 60% por angiografía o 70% por doppler.
 - e. Muchas guías recomiendan revascularizar las lesiones asintomáticas > 90%.
3. Aunque las recomendaciones del manejo intervencionista salieron de estudios a mediados de los 90's, el manejo médico de ese entonces no es comparado con el manejo actual del control de los factores de riesgo, llevando a que los estudios pequeños realizados en esta población demuestren reducciones en la incidencia de ACV tan bajas como menos del 1% por año en el grupo de manejo médico. Es por esta razón que se cuestiona un poco la intervención en verdaderos asintomáticos y posiblemente se plantee primero un manejo médico modificador agresivo reservando la intervención para pacientes con ciertas características de alto riesgo:
- a. Hallazgos clínicos: sexo masculino, tabaquismo activo, hipertensión no controlada, historia de evento neurológico contralateral.
 - b. Severidad de la estenosis: Las estenosis entre el 50% y el 69% tienen la menor tasa de eventos al año (0,8%) comparado con estenosis entre el 70% y 89% (1,4%) y > 90% (2,4%).
 - c. Progresión de la estenosis: 96,7% de los sujetos que al año no demuestran progresión de la estenosis, cursan libres de eventos cardiovasculares; entre los que denotan progresión de la estenosis, 27,1% tienen un ACV ipsilateral.
 - d. Características de la placa: aplicado a las características por ECO (irregularidad de la superficie, ulceraciones, ecolucencia y valores en la escala de grises) y la RMN (hemorragias intraplaca).
 - e. Buscando embolia silente y evento neurológico oculto con TAC/RMN: La incidencia anual de ACV es 3,6% con infarto silente ipsilateral y 1% en ausencia de este.
 - f. Mujeres y ancianos: Las primeras poco representadas en los estudios por lo que no hay datos concluyentes en prevención y los segundos con una relación lineal de aumento del riesgo de eventos con la edad. Es de relevancia destacar que los estudios no incluyen pacientes > 75 años, y el beneficio de intervenir lesiones asintomáticas en este grupo etario, cuando la expectativa de vida es menor de 5 años, es

muy baja. En pacientes seleccionados en general se prefiere endarterectomía para < 70 años y STENT en > 70 años.

g. Microembolia por doppler transcraneal y reducción de la reserva cerebrovascular son dos escenarios potenciales de investigación para la predicción de eventos en esta cohorte de población.

4. Vienen 2 estudios: el CREST-2 (The Carotid Revascularization Endarterectomy Stenting Trial 2) en lesiones asintomáticas > 70% comparando manejo médico óptimo con intervencionismo; y el SPACE-2 (The Stent-Protected Angioplasty in Asymptomatic Carotid Artery Stenosis versus Endarterectomy – 2) comparando también manejo médico óptimo con intervención, esperaremos estos resultados para modificar o asegurar una mejor evidencia en el manejo de los pacientes.

En resumen, los pacientes en los que se identifica estenosis carotídea asintomática con lesiones > 50% requieren seguimiento anual con doppler dúplex para determinar la progresión que implicaría un manejo que podría ser intervencionista si las lesiones pasan del 70%. De la misma forma, identificar lesiones silentes por imágenes estratifican en una categoría especial a los pacientes y por lo tanto requieren un manejo menos conservador. Esto aplicaría a los pacientes menores de 80 años o con una expectativa de vida al menos mayor de los 5 años.

Referencia:

http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2015/06/16/10/57/what-is-the-future-of-asymptomatic-carotid-artery-disease?w_nav=TI
