

CASO CLINICO:

ENFERMEDAD ARTERIAL CAROTIDEA EN LA MUJER.

Dra. Maritza Arvelaiz. Dra. Josefina Feijoo Iglesias

Introducción:

La enfermedad cardiovascular (ECV) sigue siendo la principal causa de muerte en hombres y mujeres a nivel mundial, y la mayoría de estas muertes se deben a la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA). La ECVA ocurre en hombre y mujeres con manifestaciones diferentes ya que los hombres presentan más enfermedad coronaria y las mujeres mayor enfermedad cerebrovascular (ECV). La Enfermedad Arterial Carotídea (EAC) es una causa frecuente de ECV isquémico, que representa el 87% de todos los ECV. Existen evidencias sobre las diferencias de sexo en la fisiopatología, presentación y manejo de la EAC, pero lamentablemente todavía las guías internacionales no hacen diferencias por sexo en el manejo de esta enfermedad (1). Las mujeres a menudo presentan síntomas atípicos de ECV, lo que puede llevar a retraso en el diagnóstico y el tratamiento. (2)

Presentación del Caso Clínico:

Se trata de una paciente femenina de 62 años, de profesión psicólogo, con antecedentes personales de Menarquia a los 9 años, Menopausia quirúrgica por fibromatosis a los 41 años, 11 gestas a término, partos por cesárea a los 30 y 32 años, peso al nacer 2,750kg y 2,900kg respectivamente. No refiere complicaciones durante la gestación. Tabaquismo desde la juventud (16 años), mantenido hasta la fecha, en cantidad más acentuada 1 caja/día desde los 35 a los 45 años, actualmente 3 cigarrillos al día. Dislipidemia desde temprana edad no tratada farmacológicamente, sólo recomendaciones en cambio del estilo de vida que no cumple. Actividad Física: Sedentaria. Sueño no reparador, de 5 a 6h por día. Niega Hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades autoinmunes. Refiere tener diagnóstico de enfermedad aterosclerótica carotídea desde los 49 años, como hallazgo de soplo carotídeo en evaluación médica pre operatoria, le realizan eco doppler carotídeo se evidencia lesión severa mayor 80% en arteria carótida interna derecha (ACID) y lesión de 40% en arteria carótida interna izquierda (ACII), se le realiza arteriografía carotídea y se coloca Stent medicado en bulbo de la ACID. Sus controles fueron regulares por 1 año, luego no acude más a consulta. Se presenta en evaluación médica 8 años después, por desorientación transitoria de espacio y tiempo, se realiza eco doppler de arterias carótidas que informa evolución de la lesión de la ACII a estenosis mayor del 80%, le colocan Stent en ACII, en el mismo procedimiento se decide estudiar arterias coronaria por sus antecedentes,

y encuentran lesión significativa en Arteria Descendente Anterior (ADA) colocaron un Stent medicado en tercio medio, con buenos resultados angiograficos, egresa en tratamiento con (Rosuvastatina 20mg, Clopidogrel 75mg y Aspirina 81mg), el cual cumple irregularmente.

Dos años después (2024) consulta por síncope en 2 oportunidades, se estudia nuevamente, el dúplex de carótidas informa Stent de a ACD permeable sin aumento de velocidad, sin embargo en la ACII se observó flujo turbulento y velocidad intra-stent de 180 m/s, lesión estimada en 60% (Figura 1). Realizan una nueva Angio RM de carótidas que muestra estrechez intra-stent no significativa (Figura 2 y 3), se decide optimizar tratamiento médico Atorvastatina 80mg, Clopidogrel 75mg y Aspirina 81mg: insistir en cambio en el estilo de vida, sobretodo en la cesación tabáquica

Discusión:

Este caso refleja como la enfermedad aterosclerótica en la mujer puede llegar a ser tan significativa y progresiva, la detección temprana de los factores de riesgo específicos de la en esta paciente como Menarquia temprana, Menopausia quirúrgica precoz, niños de bajo peso al nacer; junto con los tradicionales, dislipidemia y tabaquismo activo, hacían de esta paciente, una paciente de riesgo cardiovascular significativo, que ameritaba una vigilancia cercana y continua para la detección de aterosclerosis subclínica.

Es bien sabido la relación de los FRCV tradicionales con el mayor riesgo cardiovascular; los FRCV específicos de la mujer; como los trastornos hipertensivos del embarazo, la menopausia prematura, y el síndrome de ovario poliquístico están asociados con un mayor riesgo cardiovascular en mujeres, además los factores de riesgo tradicionales relacionados con el estilo de vida tienen más impacto en mujeres que en hombres, esto tan ha sido observado para el tabaquismo, la diabetes, las enfermedades inflamatorias autoinmunes. Las escalas de riesgo cardiovascular basadas en los factores de riesgo tradicionales a los 10 años no sirven para evaluar el riesgo en mujeres.

En mujeres la aterosclerosis carotídea subclínica es común, hay factores de riesgo asociados como la edad, el tabaquismo, la dislipidemia y la hipertensión, que están asociados de manera independiente para la formación de placas. (3)

Dentro de los FRCV específicos de la mujer, la menopausia temprana, definida como la ocurrencia de menopausia antes de los 45 años, tiene importantes implicaciones para la salud cardiovascular de las mujeres, la evidencia sugiere mayor riesgo asociado para enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular. Además, la menopausia temprana se asocia con aumento de volumen de placa aterosclerótica y su progresión(4).

Otra diferencia es que a menudo las mujeres presentan síntomas atípicos de accidente cerebrovascular, lo que puede llevar a retraso en el diagnóstico y tratamiento. (2)

El diagnóstico tardío es otra característica del género. Estudios han demostrado que la mujer tiene más enfermedad aterosclerótica que el hombre, pero menos manifestaciones clínicas a edades intermedias(5).

La identificación y manejo del aterosclerosis carotídea son cruciales, inicialmente por Duplex de arterias carótidas ya que permite estimar la presencia, el grado de obstrucción y algunas características de las placas, como la hemorragia intraplaca, están relacionadas con mayor incidencia de eventos isquémicos. Hay diferencias significativas en la morfología y la composición de la placa entre sexos(6), las mujeres tienen mayor grado de estenosis y los hombres más placas inestables. La angio-tomografía es el método de elección para definir el grado de obstrucción.

El diagnóstico por laboratorio aparte del perfil lipídico, exige la medición de los niveles de apolipoproteína A (Apo(a)), no disponible en todos los medios, pero su elevación tiene una relación significativa con las lesiones carotídeas en el contexto de la aterosclerosis, puede catalogarse como un marcador de riesgo cardiovascular en mujeres, se ha demostrado que niveles elevados de Apo(a) están asociados con un mayor grosor de íntima-media carotídea y con progresión de la aterosclerosis, independientemente de las medidas tradicionales del colesterol, lo que podría permitir actuar con anticipación (7).

El tratamiento médico óptimo es fundamental independientemente del tratamiento intervencional decidido, y siempre debe iniciar con las modificaciones al estilo de vida (dejar de fumar, alimentación saludable y actividad física). Ensayos clínicos demostraron que las mujeres tienen una mayor reducción del riesgo de accidente cerebrovascular cuando reciben tratamiento médico óptimo en comparación con los hombres(8);

Análisis post hoc(2) sugieren que las mujeres se benefician menos que los hombres en el tratamiento quirúrgico (endarterectomía). Las mujeres obtienen menos beneficios de la revascularización carotídea que los hombres, pero más beneficios del tratamiento médico. A pesar de esto, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de recibir terapia médica para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

Lamentablemente, las pautas actuales para el manejo de la enfermedad carotídea carecen de una orientación específica por sexo y género.

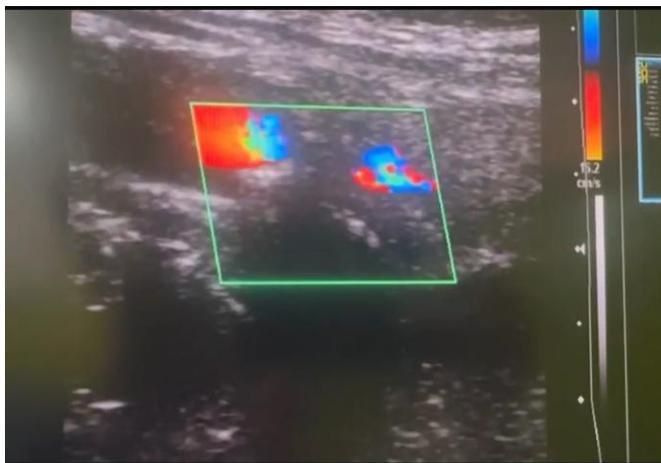


Figura 1 Arteria Carótida interna en izquierda

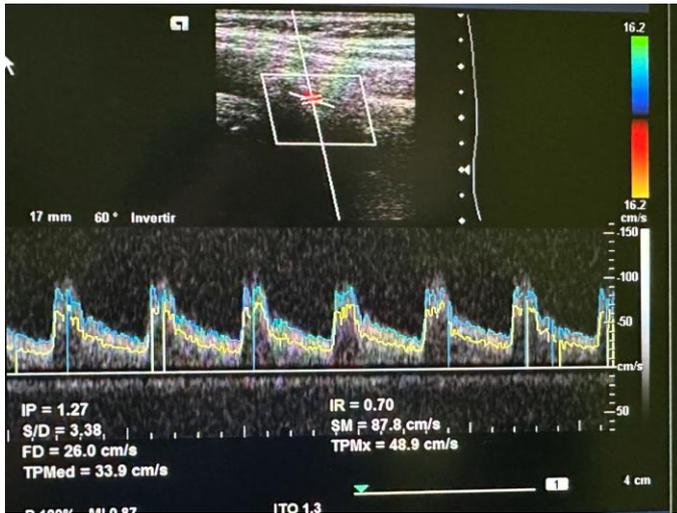


Figura 2 Angio RM de Arterias Carótidas



Referencias:

- 1) Women, Lipids and atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Call to Action From the European Atherosclerosis Society. *European Heart Journal* , 2023.
- 2) Importance of sex and Gender in Ischaemic stroke and carotid atherosclerotic disease. *European Heart Journal*. 2022

- 3) Carotid atherosclerosis and risk of subsequent coronary event in outpatients with atherothrombosis. *Stroke*,2013.
- 4) Early onset of menopause is associated with increased peripheral atherosclerotic plaque volume and progression. *Atherosclerosis*, 2020.
- 5) Predictors of subclinical carotid atherosclerosis in middle-aged women. *PLoS One* 2018.
- 6) Society for vascular surgery clinical practice guideline for management of extracranial cerebrovascular disease. *Journal of vascular surgery*. 2022.
- 7) Diagnosis of and treatment for symptomatic carotid stenosis: An updated review. *Acta Neurologica Scandinavica* , 2012
- 8) Alamowitch S, Eliasziw M, Barnett HJ; Carotid Endarterectomy (ACE) Trial Group. The risk and benefit of endarterectomy in women with symptomatic internal carotid artery disease. *Stroke* 2005;36:27–31.