

Barcelona, 6 de novembre de 2012 - HOSPITAL CLÍNIC



V Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia Vascular

Com fem front a la malaltia vasculo-cerbral?



CASO CLÍNICO: SOPLO CAROTÍDEO EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

Alejandro Añez Jiménez
R4 MFYC
CAP Les Corts

Caso clínico

- Hombre 73 años
- No AMC
- Antecedentes Familiares: Neo páncreas padre.
- Antecedentes patológicos:
 - ✓ DM2 (1987) → insulina + eucreas
 - Nefropatía diabética
 - ✓ HTA (1997) → Irbesartan/HCTZ + amlodipino 10 mg
 - ✓ DISLIPEMIA (2005) → simvastatina 10 mg
 - ✓ APNEA DEL SUEÑO (2001) → CPAP nocturna
 - ✓ HBP
 - ✓ HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO



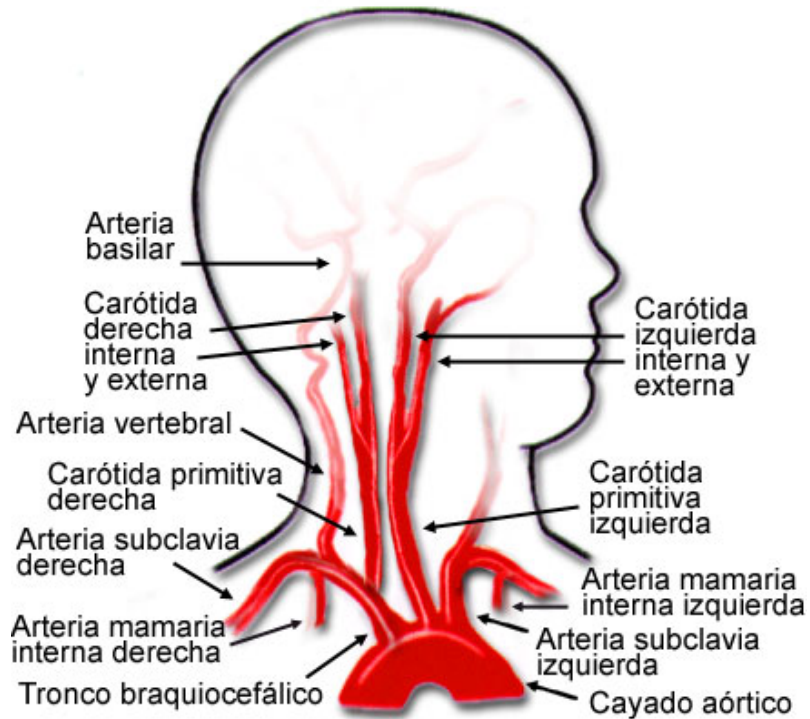
17/03/2011:

- Consulta por acúfeno en oído D
- EF: Paciente estable, auscultación cardiopulmonar normal. No alteraciones neurológicas, otoscopio normal.

Se ausculta soplo carotídeo derecho. Su médico inicia antiagregación con AAS y solicita prueba de imagen previo a interconsulta ORL.

Importante la palpación de los pulsos carotídeos, subclavios y axilares, la ausencia o asimetría de ellos podrían orientarnos hacía una estenosis asintomática.



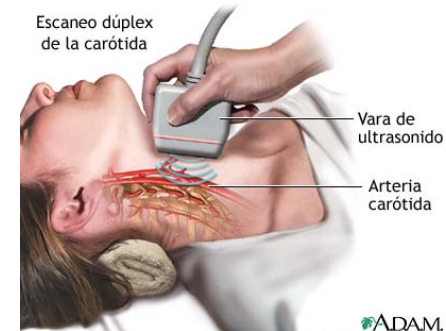


Los soplos de estenosis carotídea son más intensos en la parte media del cuello (sobre la bifurcación carotídea) a diferencia de los soplos de transmisión de soplo cardíaco que son más intensos en la base del cuello y en la parte superior del tórax. Aunque en algunos casos la estenosis puede ser tan crítica no se ausculta soplo.



Pruebas de imagen

- ECO DOPPLER TSA:
 - Placa de ateroma calcificada en el origen de la c. interna derecha que condiciona estenosis entre 70-80%.
 - Placa de ateroma calcificada en el origen de la c. interna izquierda que condiciona estenosis del 60%.



Otras pruebas de imagen

- **AngioResonancia Magnética:** La imagen de la angioresonancia no es tan clara como la de la angiografía pero sin embargo debido a los rápidos avances de esta técnica se espera que sea el principal test diagnóstico en un futuro cercano.
- **Angiografía Cerebral por sustracción digital:** Este test esta basado en un estudio por cateterismo y es el test diagnóstico standard (**gold standard**) para el diagnóstico seguro de la severidad de esta enfermedad



Manifestaciones clínicas estenosis carotídea

Síntomas anteriores o *hemisféricos*: émbolos en circulación carotídea

- Hemiparesia o hemiplejia ipsilateral.
- Parestesias.
- Disfagia.
- Vértigo, mareos, confusión, desmayo, coma.
- Cefalea intensa y súbita.
- Síntomas visuales.
- **Soplos carotídeos asintomáticos.**

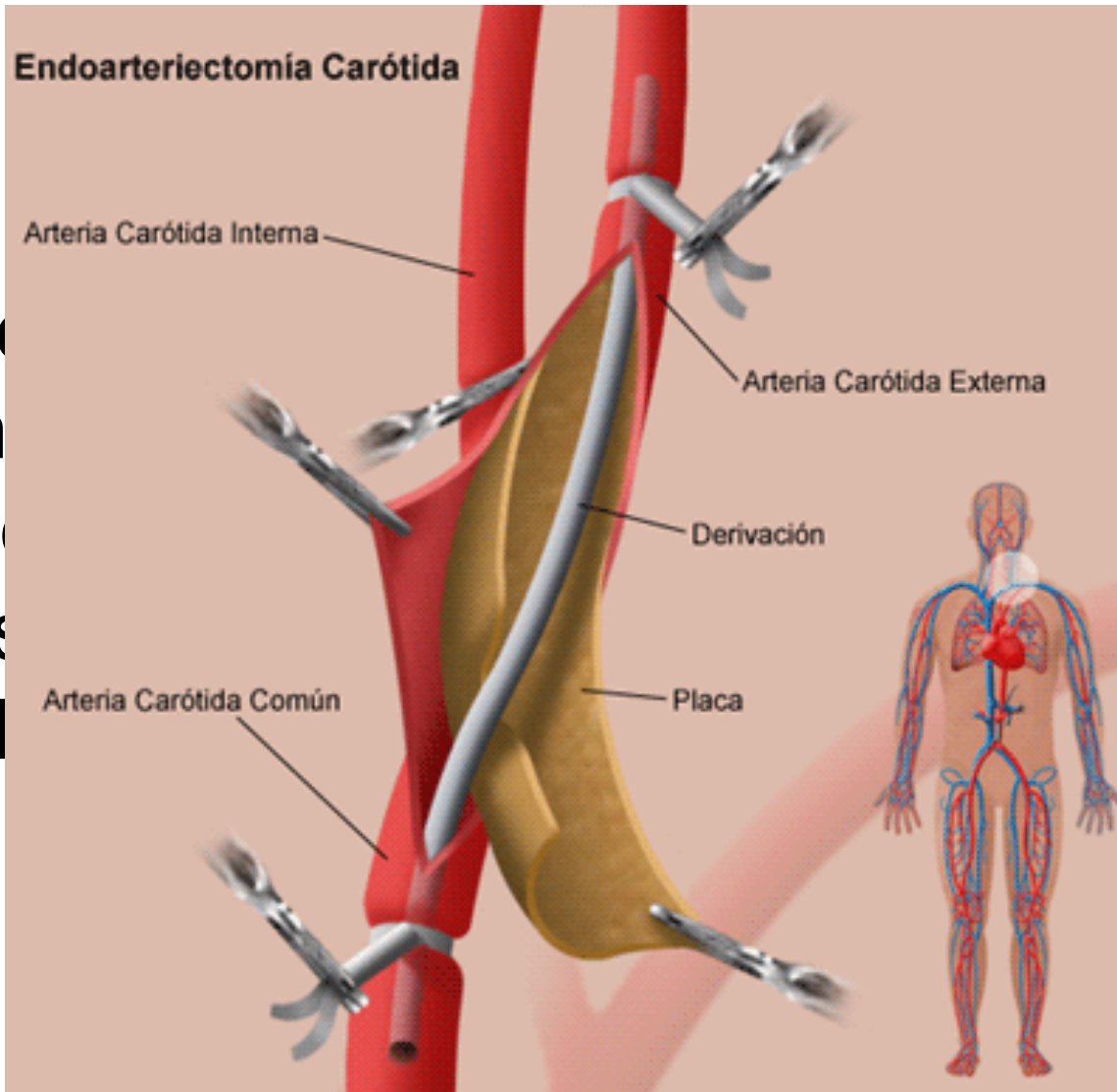


Caso clínico

- Se decide tras hallazgo ecográfico derivación a CCV y tratamiento antiagregante.
- Se decide por parte del especialista la realización de endarterectomía derecha y valoración de endarterectomía izquierda.



Resec
de un
de lib
ateros
(tromb



terna
objeto



North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET), European Carotid Surgery Trial (ECST) y Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS):

- los pacientes sintomáticos con estenosis carotídea superior o igual al 70% conllevan un riesgo de ictus ipsilateral o muerte a los tres años del 30-35%
- Estenosis sintomáticas moderadas (50-69%), el riesgo es del 15-20% a los tres años.
- Pacientes con tratamiento médico en ambos grupos de estenosis (moderada y grave), el riesgo de ictus ipsilateral disminuyó al cabo de los tres años y se igualó con el riesgo del contralateral.
- estudio **ACAS**, con pacientes asintomáticos y estenosis carotídea igual o superior al 60%, mostró una tasa anual de ictus del 2,2% para aquellos pacientes tratados médicamente.
- pacientes intervenidos QX tenían menos eventos cardiovasculares si se comparaba con los que recibieron exclusivamente tratamiento médico.
- estudios poblacionales prospectivos que evaluaron la presencia de ateromatosis carotídea asintomática y su seguimiento, cuando la estenosis era menor del 70%, el riesgo de presentar ictus isquémicos ipsilaterales disminuía considerablemente.



Factores de riesgo

- **FRCV**: edad avanzada, sexo masculino, fumador, colesterol total, HDL, la concentración de fibrinógeno y los valores de tensión arterial sistólica → **si no han presentado clínica de isquemia coronaria o cerebral, o claudicación intermitente, la prevalencia de estenosis carotídea es baja.**
- **Cardiopatía isquémica**: avanzada (tres vasos o tronco común)
- **Patología arterial periférica**: pacientes con patología avanzada.
- **Candidatos a cirugía coronaria**: *American Heart Association (AHA)* dan una recomendación de grado C (con baja evidencia) para que se realice el cribado y el tratamiento de la estenosis carotídea en estos pacientes.
- **Aneurisma de aorta**: prevalencia baja de estenosis carotídea y, consecuentemente, el cribado sistemático no estaría indicado.
Asociado a una patología obstructiva sí constituyen un subgrupo de riesgo que debe someterse a un cribado sistemático.
- **Ictus previo**: 30% de los ictus por aterosclerosis carotídea significativa.



bibliografía

- Schwartz Seymour, Principios de Cirugia , Enfermedades Arteriales, Septima Edicion del 2000, Vol 2., Capitulo 20,, Paginas: 1038 – 1046.
- Manual de Patología Vascolar. Dr. Esteban Hernández Osma
Dr. Vicente Martín Paredero **Hospital Joan XXIII (Tarragona)**
- Utilidad del cribado de la estenosis carotídea en la población de riesgo. V. Riambau-Alonso, V. Obach-Baurier, C. García-Madrid, G. Caserta-Afonso. ANGIOLOGÍA 2004; 56 (Supl 1): S83-S95

