

Reporte de un caso clínico

Enfermedad carotídea aterosclerosa

VILLARREAL-CAREAGA, J^{1,2,3}, CISNEROS, G²

El paciente V, masculino de 67 años de edad, presentó un infarto cerebral (IC), y como secuela, hemiparesia facio-corporal izquierda y disartria muy leves. Por ultrasonido

(US) se diagnosticó una placa de ateroma que condiciona estenosis severa de la arteria carótida interna derecha (ACID) a nivel del bulbo.



Figura 1. Las flechas señalan lesión parcialmente oclusiva de ambas carótidas internas. La AR suele sobreestimar la severidad de la estenosis.

El presente caso suscita los siguientes cuestionamientos:

- ¿Qué riesgo tiene el paciente de presentar un nuevo infarto cerebral?
- ¿Cuál debe ser la conducta diagnóstica y terapéutica subsecuente?
- ¿Cuál es la relevancia del hallazgo ultrasonográfico en este contexto?
- ¿Con qué tiempo cuenta el paciente para resolver su problemática con oportunidad?

- ¿Cuáles son los posibles desenlaces en caso de un segundo IC?

DESCRIPCIÓN DEL CASO: “EL PRIMER EVENTO”

El señor V de 67 años de edad, residía en los EUA, cuando presentó súbitamente hemiparesia facio-corporal izquierda y disartria de leve severidad. Fue ingresado en un hospital comunitario donde mediante tomografía computarizada (TC)

¹ Departamento de Neurología, ² Departamento de Medicina Interna, ³ Departamento de Investigación.

se demostró un IC en territorio carotídeo derecho. Se le realizó un US carotídeo que demostró una estenosis severa de la ACID en su origen extracraneal a nivel del bulbo. Las secuelas del IC fueron leves, y presentaba mínima discapacidad (Puntuación de 1 en la Escala de Rankin) siendo independiente en todas las actividades de la vida diaria. El señor V tenía antecedente de tabaquismo de larga evolución y padecía roncopatía habitual, también se le diagnosticó hiperlipidemia mixta así como hipertensión arterial sistémica, fue egresado con prescripción de ácido acetil salicílico, simvastatina, hidroclorotiazida, lisinopril y metoprolol. La cita para su seguimiento por el servicio de neurología, como paciente externo, le fue programada para varios meses después.

Inconforme con el tiempo que tenía que esperar para ver al especialista en neurología, viaja a México donde acude con Neurólogo en la ciudad de Culiacán, Sinaloa, quien detectó ptosis palpebral derecha sin alteraciones pupilares, paresia facial central izquierda, disartria, hemiparesia espástica izquierda desproporcionada de predominio braquial 4/5, sin déficit sensitivo.

Se realizó una IRM con angiorresonancia (AR) de vasos intracraneales y de cuello, así como otros estudios de laboratorio y gabinete.

Se observó lesión aterosclerosa probablemente severa, bilateral (figura 1), por lo que se le pidió una angiografía carotídea y cerebral por cateterismo; misma que ratificó la estenosis severa (figura 2) (85% de estenosis midiendo con el método de NASCET)¹.

OBSERVACIONES DE LOS AUTORES: “ANALIZANDO LOS FACTORES DE RIESGO”.

Este paciente tiene múltiples factores de riesgo vascular, el sólo hecho de tener documentada una lesión aterosclerótica con estenosis mayor del 70% de la luz de la arteria carótida interna, implica un riesgo de recurrencia de infarto cerebral ipsilateral del 26% a dos años², es por ello muy importante corroborar el hallazgo ultrasonográfico (US) inicial.

El US es un método sensible pero su especificidad varía en función del operador del mismo. La AR añade un gran peso al diagnóstico en cuanto a que confirma que se trata de una lesión severa. Sin embargo, dicho estudio suele sobrestimar el grado de estenosis y no permite su cuantificación exacta. La angiografía por cateterismo es el estándar de oro como método diagnóstico, permite conocer de manera exacta el porcentaje de estenosis de la arteria carótida interna derecha, y esto es crucial porque dicha variable es el determinante más importante del riesgo de recurrencia³. Por otro lado, de la misma manera que los demás factores de riesgo (HAS, tabaquismo, hiperlipidemia, roncopatía) deben de recibir tratamiento y controlarse, también la estenosis aterosclerosa carotídea debe ser sujeto de corrección.

Los estudios NASCET⁴ y ECST⁵, demostraron claramen-

te que los pacientes con síntomas de isquemia cerebral transitoria o aquellos con IC que tenían una estenosis carotídea superior o igual al 70%, se benefician substancialmente de la cirugía de carótida (endarterectomía). Con la misma se obtiene una reducción de riesgo absoluto (RRA) del 17% (Número Necesario a Tratar = NNT= 6). El análisis subsecuente de los datos agrupados de ambos estudios^{6,7}, dejó también en claro que la mencionada cirugía debe realizarse tan pronto como sea posible una vez documentada la lesión. Esto es así, porque el riesgo perioperatorio -donde por cierto se incluye ya el riesgo inherente al cateterismo carotídeo- sigue siendo el mismo (6-8%) independientemente del tiempo que pase entre el evento clínico y la cirugía. Sin embargo, el beneficio de la cirugía es mayor si el procedimiento se realiza lo antes posible dado que la tasa de infarto es mayor en los primeros días y semanas después del episodio isquémico inicial. De hecho podría ya no obtenerse beneficio alguno en aquellos casos donde la cirugía se dilata más de doce semanas después del episodio de isquemia cerebral transitoria o del IC.



Figura 2. Nótese estenosis severa en el origen de la arteria carótida interna derecha en esta angiografía con substracción digital.

CONTINUACIÓN DEL CASO: “UN SEGUNDO INFARTO”

Una vez revalorado el paciente, con el resultado angiográfico mencionado. Es enviado de manera urgente a la consulta del cirujano vascular para la planeación quirúrgica. Sin embargo, el paciente no acude a la misma.

Tres semanas después (seis meses después del primer IC) el paciente ingresó al Hospital General de Culiacán, teniendo ya un día de evolución con disartria severa así como con hemiplejía izquierda de inicio súbito. En su admisión a urgencias el paciente se encontraba consciente, orientado, pero con hemiplejía piramidal faciocorporal izquierda y déficit sensitivo ipsilateral. Como hallazgo también se encontró soplos holosistolicos en ambas caras laterales del cuello, intensidad 3/4 derecha, 2/4 izquierda.

Los estudios de imagen documentaron un infarto de todo el territorio de la arteria cerebral media derecha con efecto de masa.

Al segundo día el paciente evoluciona al coma, y pese a la terapia intensiva antiedema cerebral, presenta herniación uncal y muere días mas tarde.

CONSIDERACIONES FINALES

Este desafortunado caso ilustra el desatino por parte de algunos sistemas de salud que postergan la intervención oportuna sobre factores de riesgo establecidos, pese a contar con los recursos para cambiar la historia natural de la enfermedad, pues la evidencia en cuanto a la indicación de endarterectomía carotídea es contundente en los casos de estenosis severa sintomática a nivel extracraneal. También es un caso para la reflexión acerca de los motivos por los cuales algunos pacientes y/o sus familiares retrasan la intervención que ha sido indicada por sus médicos. Probablemente se encuentran involucrados factores psíquico-emocionales, sociales, económicos y culturales. Este es un tema en sí mismo, digno de mayor investigación, pues la respuesta tendría muy probablemente un impacto considerable en el abordaje terapéutico en casos por venir.

Bibliografía

1. Fox AJ. How to measure carotid stenosis. *Radiology* 1993; 186:316-8.
2. Villarreal J., Cantú C., Aguayo G., Amaya L., Guzmán JL., Barinagarrementeria F., Arauz A. Enfermedad Carotídea Aterosclerosa y Endarterectomía. *Rev Inv Clin* 2002; 54:271-274.
3. Barnett HJM, Meldrum HE. Carotid Endarterectomy. A Neurotherapeutic advance. *Archives of Neurology* 2000; 57:40-45
4. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trialists' Collaborative Group. The final results of the NASCET trial. *N Engl J Med* 1998; 339: 1415-25.
5. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST). *Lancet* 1998; 351: 1379-87.
6. P M Rothwell, M Eliasziw, S A Gutnikov, A J Fox, D W Taylor, M R Mayberg, C P Warlow, H J M Barnett, for the Carotid Endarterectomy Trialists' Collaboration. Analysis of pooled data from the randomised controlled trials of endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. *Lancet* 2003; 361: 107-16.
7. P M Rothwell, M Eliasziw, S A Gutnikov, C P Warlow, H J M Barnett, for the Carotid Endarterectomy Trialists' Collaboration. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet* 2004; 363: 915-24