

Índice

Quadro clínico**Estenose de carótida extracraniana**[Rastreamento de doença carotídea](#)[Manejo dos pacientes e evidência da literatura](#)> [Terapia médica](#)> [Endarterectomia para sintomáticos](#)[Endarterectomia para estenose de carótida assintomática](#)**Prescrição****Medicações**[Ácido acetilsalicílico](#)> [Modo de ação](#)> [Indicações](#)> [Posologia](#)> [Efeitos adversos](#)> [Apresentação comercial](#)> [Monitoração](#)Você está em: [Inicial](#) > [casos](#) > [Prescrição Clínica](#) >

Estenose de carótida



Autor:

Rodrigo Antonio Brandão NetoMédico Assistente da Disciplina de Emergências
Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina da USP

Última revisão: 27/01/2012

Comentários de assinantes: 0

Quadro clínico

Paciente de 65 anos de idade, com HAS bem controlada, ex-tabagista, sem outros fatores de risco, realizou Doppler de carótidas que revelou estenose de 70%.

Estenose de carótida extracraniana

O acidente vascular cerebral (AVC) é a 2ª maior causa de óbito no mundo e a 4ª maior causa nos EUA. Estudos nacionais indicam maior mortalidade no país por AVC do que por doença coronariana. Não é bem definida a porcentagem de AVC correlacionados com [estenose de carótida](#). O mecanismo do AVC isquêmico em estudos é correlacionado com isquemia por trombose, embolia e hipoperfusão sistêmica em 88% dos casos. Os estudos sugerem que 10 a 20% dos AVC isquêmicos podem ser causados por aterosclerose carotídea, prevalência que parece ser maior em pacientes com diabetes melito e tabagistas. Ainda assim, segundo a revisão da US Preventive Task Force, representam menos de 15% dos episódios de infartos cerebrais.

Rastreamento de doença carotídea

A doença carotídea é denominada de sintomática ou assintomática. Pacientes com antecedente de AVC isquêmico relacionado a estenose de carótida ou acidente isquêmico transitório são considerados sintomáticos. Já sintomas neurológicos inespecíficos, como tontura e pré-síncope, não podem ser atribuídos diretamente a estenose; nestes casos, os pacientes são considerados assintomáticos.

Existem duas opções para rastreamento de pacientes assintomáticos:

1. Pesquisa de sopro carotídeo: causado pelo fluxo turbulento do sangue, o estudo de Framingham mostrou risco 2 vezes maior de AVC na população com o sopro carotídeo, mas, ainda assim, parece ser um pobre preditor de estenose carotídea. A incidência anual de pacientes com sopro carotídeo que evoluem com AVC é baixa, variando de 1 a 3%, sendo que apenas 35% dos pacientes com sopro carotídeo têm estenose significativa (acima de 70%) em exames complementares. Deve-se acrescentar que o sopro carotídeo parece ser um marcador melhor de doença aterosclerótica que de risco de AVC, com a taxa de infarto agudo de miocárdio e de mortalidade cardiovascular sendo 2 vezes maior nesta população.
2. Exames complementares: existem algumas opções, como Doppler de carótidas, angiorressonância magnética e angiotomografia. Uma metanálise encontrou que a angiorressonância tem sensibilidade (95% e 86%) e especificidade (90% e 87%) um pouco maiores para o diagnóstico em comparação com a ultrassonografia com Doppler de carótidas.

Uma revisão de 40 estudos descreveu a prevalência de estenose moderada na população. Em mulheres e homens com menos de 70 anos de idade, a prevalência é de 4,8% e 2,2%, respectivamente. Já em pacientes com mais de 70 anos de idade, a prevalência em homens e mulheres é de 12,5% e 6,9%, respectivamente. A estenose severa em pacientes com mais de 80 anos de idade, por sua vez, tem prevalência de 3,1% em homens e 0,9% em mulheres. Em 1950, Fischer descreveu aterosclerose de bifurcação de carótida e sugeriu endarterectomia como opção terapêutica.

Manejo dos pacientes e evidência da literatura

A primeira abordagem é por meio da terapia médica, tentando modificar fatores de risco e iniciar medidas para alterar a progressão da placa carotídea. O segundo passo na abordagem é verificar a possibilidade da eliminação da placa aterosclerótica. Para

conseguir a eliminação, as opções incluem a endarterectomia, que é a principal opção de revascularização, stent de carótidas ou cirurgia com bypass, que hoje raramente é realizada.

Terapia médica

A abordagem é feita com controlando-se os fatores de risco. Entre as medidas que devem ser realizadas, estão:

manter a pressão arterial menor que PA 140/90 mmHg. Em pacientes com diabetes melito e doença renal, os valores alvo são de pressão arterial menor que 130/8 mmHg. Alguns autores sugerem usar os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), pois alguns estudos sugerem que tal medicação pode diminuir o espessamento da camada íntima das artérias;

controle do diabetes melito: manter glicemia abaixo de 100 mg/dL e Hemoglobina glicosilada abaixo de 7%;

controle da dislipidemia: objetivo de manter o LDL-colesterol menor que 100 mg/dL.

orientar os pacientes tabagistas a parar de fumar. A interrupção do hábito implica diminuição do risco em 50% em 5 anos. O aconselhamento, a reposição de nicotina e outras medidas são recomendadas se necessário;

diminuir o uso de álcool. Caso o paciente mantenha o consumo de álcool, é recomendado que a ingestão seja menor que 2 doses/dia para homem e 1 dose/dia para mulher.

exercício físico 30 a 60 minutos, pelo menos 3 vezes/semana;

em pacientes com fibrilação atrial e indicação de anticoagulação, esta deve ser realizada para diminuir o risco de AVC.

Endarterectomia para sintomáticos

Alguns estudos foram realizados em relação ao benefício da endarterectomia de carótida para pacientes sintomáticos, portanto com AVC ou AIT prévio.

- NASCET:** estudo com seguimento de 2 anos incluindo estenose de 70 a 99%. A mortalidade foi de 26% no grupo terapia médica e 9% no grupo endarterectomia. A diminuição de risco relativo foi de 65% e de risco absoluto de 17%. Assim, era necessário fazer endarterectomia em 12 pessoas/ano para prevenir um episódio de AVC.
- ESCT(European Surgery Carotid Trial):** também demonstrou benefício em pacientes com estenose entre 70 e 99%. Combinando seus resultados com o estudo NASCET, seria necessário tratar de 7 a 8 pacientes para prevenir um episódio de AVC em 5 anos.

A recomendação de consenso é realizar endarterectomia em pacientes sintomáticos com estenose acima de 70%. Em pacientes com estenose entre 50 a 69%, o estudo ESCT não encontrou benefício.

O consenso da Society of Vascular Surgery recomenda intervenção nesta população, mas se o risco cirúrgico for significativo, considera a possibilidade de terapia com stent.

Alguns subgrupos parecem apresentar benefício maior, incluindo pacientes com as seguintes características:

estenose severa (maior que 80%);
idade maior ou igual a 75 anos;
sexo masculino;
história recente de AVC (menos de 3 meses).

Estudos com a angioplastia com colocação de stent mostraram resultados similares a longo prazo em comparação com a endarterectomia, porém a taxa de AVC precoce (em menos de 30 dias) e morte foi 1,6 vez maior neste grupo; assim, passa a ser uma opção em pacientes com risco cirúrgico inaceitavelmente alto. Os pacientes idosos também apresentam pior prognóstico comparado a endarterectomia, de forma que a abordagem preferencial nestes pacientes é a endarterectomia, exceto em pacientes com alto risco cirúrgico, em razão de outras variáveis.

As recomendações de intervenção em pacientes sintomáticos, portanto, são as seguintes:

estenose de 70 a 99% e expectativa de vida maior que 5 anos: recomendado realizar endarterectomia;

estenose de 70 a 99% e expectativa de vida menor que 5 anos: recomendada a colocação de stent. Para tal, é necessário que exista uma lesão carotídea acessível e que o paciente não tenha realizado endarterectomia prévia;

estenose entre 50 e 69%: em homens, a recomendação é a realização de endarterectomia, mas em mulheres, a preferência é pelo tratamento médico; estenose menor que 50%: terapia médica.

Endarterectomia para estenose de carótida assintomática

Existe um risco de 1 a 3% de AVC ao ano se a obstrução de carótida for maior que

50%. O estudo NASCET, por exemplo, mostrou risco de AVC anual de 3,2% para assintomáticos com 60 a 99% de obstrução. Assim, seria possível considerar a intervenção nestes pacientes.

O estudo ACAS randomizou pacientes entre 40 e 79 anos de idade, com estenose maior que 60%, para realizar endarterectomia ou terapia médica com aspirina. O seguimento de 2,7 anos mostrou benefício com cirurgia. A incidência de AVC foi de 5,5% com a cirurgia e 11% no grupo terapia médica. Assim, teríamos uma diminuição do risco absoluto de 1% ao ano. Em pacientes com risco perioperatório maior que 3%, o benefício é eliminado pelo risco cirúrgico, de modo que a cirurgia neste grupo só se justifica em grandes centros, em serviços com experiência no procedimento. Os resultados do estudo ACST foram semelhantes.

A recomendação de intervenção no paciente assintomático, portanto, é de considerar a cirurgia em pacientes com menos de 80 anos de idade, com estenose acima de 60% desde que tenham risco cirúrgico menor que 3%. O uso de stent no paciente assintomático, apesar de ter pequeno benefício em estudos, ainda não pode ser recomendado de rotina.

Como nosso paciente apresenta um risco cirúrgico provavelmente baixo, ele pode se beneficiar da endarterectomia. Deve ser introduzido AAS e verificado se apresenta dislipidemia e outros fatores controláveis que diminuam o risco de AVC.

Prescrição

Prescrição	Comentário
AAS 100 mg	Os antiagregantes plaquetários têm benefício discreto, mas devem ser introduzidos nos pacientes com aterosclerose manifesta, como no caso de estenose de carótida.

Medicações

Ácido acetilsalicílico

Medicamento capaz de reduzir a agregação plaquetária.

Modo de ação

É um inibidor seletivo da síntese do tromboxano A2 por meio da inibição da ciclo-oxigenase.

Indicações

Em toda síndrome coronariana aguda, com nível de evidência 1.

Posologia

A dose usada é de 200 mg via oral macerado, com a intenção de reduzir o tempo de absorção. Na admissão e nos dias subsequentes, 200 mg/dia em dose única até a alta. Ambulatorialmente, utiliza-se 100 mg/dia.

Efeitos adversos

O uso do AAS é associado a sintomas dispépticos e, mais raramente, a fenômenos alérgicos. Por esse motivo, é obrigatória a pesquisa de uso prévio ou alergia prévia.

Apresentação comercial

Comprimidos de 100, 325 ou 500 mg (Aspirina, AAS e Somalgin).

Monitoração

Não é rotineiramente necessária.

Classificação na gestação

Classe C. No 3º trimestre, classe D.

Interações medicamentosas

Pode exacerbar crises tireotóxicas, por desligar os hormônios tireoidianos das proteínas séricas transportadoras.

Bibliografia recomendada

1. Brott TG, Halperin JL, Abbara S, Bacharach JM, Barr JD, Bush RL et al. 2011 ASA / ACCF / AHA / AANN / AANS / ACR / ASNRR / CNS / SAIP / SCAI / SIR / SNIS / SVM / SVS Guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological

Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery. *Circulation*. 2011 Jul 26; 124(4):489-532. Epub 2011 Jan 31.

2. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011; 42:227.
3. www.uptodate.com. Acessado em 18/10/2011.
4. Sacco RL. Extracranial carotid stenosis. *N Engl J Med* 2001; 345:1113-8.

Outros Artigos do(s) mesmo(s) autor(es):

[24/05/2009 - Coma mixedematoso - Rodrigo Antonio Brandão Neto](#)

[11/01/2012 - Pancreatite crônica - Rodrigo Antonio Brandão Neto](#)

[18/05/2012 - Sinal da artéria cerebral média em paciente com AVC embólico por endocardite - Rodrigo Antonio Brandão Neto](#)

[09/05/2011 - Hidropneumotórax em paciente com cirrose - Rodrigo Antonio Brandão Neto](#)

[14/10/2013 - Manejo do Diabetes melito no paciente idoso - Rodrigo Antonio Brandão Neto](#)

Gosto 1

Tweet 1

+1

[Voltar](#)

[Topo](#)

Conteúdos Mais Acessados

Bulas	Revisões	CID 10
Zofran	CURB-65	5.4.2.4 Inibidores de Protease
Insulinoma	Teolong	Consumo de Carne e Mortalidade
Baralgin m	Destaques	Taxa de Correção Por Infusão Para
Checklist Para Alta Hospitalar Segura	Critérios Para Diagnóstico de	MultiCalc® de Volume do Pulmão
Influenza A (H1N1) - Novas	Club Drugs	Fisioterapia
Estrutura Para Respostas às	Tiotrópio é Opção na Asma?	Análogo de Hormônio Hipofisário
Tamofen	Fármaco Usado Para Bloqueio da	Regressão Linear
Tumores Nasossinusais	Gonorréia (Livre)	Visão Geral Sobre Anestésicos e
Guias do Ministério da Saúde	Ciomifeno	Oxcarbazepina
Toxoide Tetânico	Arritmias Ventriculares – Christopher	Vírus JC

Últimas do Twitter

Carregando Tweets...

Conecte-se



Sobre o MedicinaNET

O MedicinaNET é o maior portal médico em português. Reúne recursos indispensáveis e conteúdos de ponta contextualizados à realidade brasileira, sendo a melhor ferramenta de consulta para tomada de decisões rápidas e eficazes.

grupo

artmed
panamericana
EDITORA

Medicinnet Informações de Medicina S/A
Av. Jerônimo de Ornelas, 670, Sala 501
Porto Alegre, RS 90.040-340
Cnpj: 11.012.848/0001-57

(51) 3093-3131
info@medicinnet.com.br

MedicinaNET - Todos os direitos reservados.

[Termos de Uso do Portal](#)