

## Condutas na Estenose da Carótida

Marcia Maiumi Fukujima\*

Alberto Alain Gabbai\*\*

### RESUMO

Estenose de carótida pode ser assintomática ou sintomática, manifestando-se por ataque isquêmico transitório ou infarto cerebral. Quando assintomática evolui com risco de 10% ao ano de evento clínico vascular cerebral. O principal exame para diagnóstico é o ultra-som doppler de carótidas, porém não se recomenda esse exame rotineiramente para a população geral, reservando-se para os casos de alto risco vascular. Nas últimas duas décadas têm sido realizados vários estudos randomizados para definição de condutas nas estenoses carotídeas. Com base nesses estudos, recomenda-se endarterectomia para estenose sintomática  $\geq 70\%$  se não houver contra-indicações ao procedimento, e também para estenoses assintomáticas  $\geq 60\%$ , porém considerando-se cautelosamente o risco cirúrgico do serviço. Caso não haja indicação de cirurgia, os pacientes devem submeter-se a tratamento clínico, que no caso de estenose assintomática constitui-se do controle dos fatores de risco aterotrombótico e nos casos de estenose sintomática, além do controle dos fatores de risco, utiliza-se droga antiagregante plaquetária.

### UNITERMOS

Estenose da carótida, doença vascular cerebral, endarterectomia.

### INTRODUÇÃO

A estenose da carótida é responsável por cerca de 20% dos acidentes vasculares cerebrais oclusivos do território carotídeo<sup>1</sup>. O principal processo patológico é a aterosclerose do sistema arterial cerebral. Trata-se de um processo degenerativo localizado na camada íntima dos vasos, caracterizado por acúmulo de lípides plasmáticos, fibras do tecido conjuntivo e células locais e circulantes. A formação da placa aterosclerótica leva ao estreitamento da luz vascular e à redução do fluxo, o que caracteriza a estenose da carótida, podendo complicar com ulceração da placa levando à trombose e embolização distal<sup>2,3</sup>.

Endarterectomia da carótida tem sido realizada desde a década de 50, porém sua indicação tem sofrido modificações conforme surgem trabalhos controlados. Na década de 70, nos Estados Unidos, faziam-se cerca de 15.000 cirurgias anuais, esse número aumentou para 107.000 em 1985. Na década de 80 começaram os primeiros estudos controlados sobre endarterectomia de carótida e no final dessa década surgiam os primeiros resultados dos estudos, fazendo o número de cirurgias cair para 45.000 em 1989, principalmente devido à definição das indicações precisas e da consideração do risco paciente-cirúrgico, passando a ser realizada somente no grupo de pacientes que realmente se beneficiariam com o procedimento sem correr riscos adicionais; em 1997, foram realizadas 110.000 a 115.000 cirurgias tecnicamente aperfeiçoadas e mais seguras em relação às de 20 anos atrás<sup>4</sup>.

A estenose carotídea pode ser assintomática ou sintomática.

A estenose assintomática da carótida (EAC) é aquela em que não há sintoma neurológico relacionado. Nos Estados Unidos devem existir aproximadamente 2 milhões de indivíduos com EAC. A incidência de EAC na faixa etária de 50 a 59 anos é de 1,7% para homens e zero para mulheres; na faixa etária de 60 a 69 anos é de 4,2% para homens e de 1,8% para mulheres<sup>5</sup>. Não temos estatísticas nacionais disponíveis.

Para EAC  $>75\%$ , estima-se incidência de AVC de 3% ao ano, e se forem somados casos de ataque isquêmico transitório, a incidência chega a 10% ao ano; além do risco vascular cerebral, os portadores de EAC têm risco elevado para eventos coronarianos (cerca de 8,5% ao ano) e morte de origem vascular (cerca de 7% ao ano)<sup>6,7</sup>.

\* Neurologista do Setor de Urgências e do Setor de Doenças Neurovasculares da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

\*\* Professor Titular da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.