



VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA MEDIANTE ECOGRAFÍA

B. Doménech Ximenos, V. Cuba Camasca, J. Serena Leal, J. Puig Alcántara y S. Pedraza Gutiérrez

Hospital Universitari Josep Trueta, Girona, España.

Resumen

Objetivos docentes: El estudio no invasivo de troncos supraaórticos y arterias intracraneales es fundamental para el diagnóstico y manejo de la enfermedad cerebrovascular (ECV). El riesgo de recurrencia es elevado en el ictus aterotrombótico, siendo el grado de estenosis de la arteria carótida interna (ACI) el marcador más relevante de recurrencia de ictus y sobre el que se basa la decisión de repermeabilizar la arteria.

Revisión del tema: Los resultados de los estudios ECST y NASCET demostraron que la endarterectomía/angioplastia carotídea es beneficiosa en pacientes con estenosis sintomática entre 70-99% y no está indicada en estenosis de 50%. En estenosis sintomáticas del 50-69% y en asintomáticas de > 70% la indicación se tiene que individualizar. La ecografía carotídea incluye modo B, color, angio-power y Doppler pulsado, para medir el grueso íntima-media, caracterizar la placa y valorar el grado de obstrucción y la repercusión hemodinámica intracraneal. Según NASCET, la velocidad sistólica máxima (VSM) normal de la ACI es 125 cm/s. Valores > 125 cm/s indican estenosis del 50% y > 230 cm/s del 70%. En estenosis de ACI del 80-90% se encuentra una VSM > 300 cm/s, pérdida de la ventana acústica y ondas amortiguadas en ACI distal y en la arteria cerebral media (ACM) ipsilateral. También puede existir un índice de pulsabilidad disminuido en ACM y un patrón antidirómico en la arteria oftálmica ipsilateral.

Conclusiones: La estenosis/oclusión carotídea ateroesclerótica causa el 30% de los ictus isquémicos. En pacientes con ECV y sospecha de estenosis carotídea, el estudio ultrasonográfico se basa en parámetros de imagen y hemodinámica, tanto en el diagnóstico inicial como en el seguimiento ulterior.