

Patología de carótida

## El paciente es fundamental para detectarla

La función de las carótidas es la irrigación de la mitad correspondiente del cerebro. Cuando se obstruye una o ambas por aterosclerosis, hablamos de *patología carotídea*: la sangre fluye en forma turbulenta y la oxigenación cerebral se dificulta. La enfermedad se presenta más comunmente después de los 60 años y casi siempre hay factor genético al que se le suman factores de riesgo como hipertensión, tabaquismo, diabetes o colesterol.

La circulación turbulenta en el lugar de la obstrucción genera un **soplo** que se detecta con un ecodoppler –un estudio similar a una ecografía y que **no reviste complejidad**– y que además reconoce el tamaño de la lesión arterial.

Pero para llegar a la sospecha clínica de la enfermedad es fundamental **el rol del paciente**, que debe **saber reconocer sus síntomas**. Los principales son la parálisis en una pierna o en un brazo, dificultades en el habla o pérdidas parciales de la visión (amaurosis).

Sucede que, por lo general, estos síntomas no duran mucho tiempo y no dejan secuelas, por lo que algunos pacientes pueden atribuírselos a un *“pico de presión”*. En realidad son **accidentes isquémicos transitorios** (AIT) y la minimización de estos síntomas y su eventual repetición, supone el grave riesgo de padecer un **accidente cerebro vascular** (ACV), que

deja lesiones definitivas que no se solucionan con la cirugía. Por eso, las personas tienen que estar muy atentas y consultar inmediatamente al médico ante algunos de esos episodios.

La solución para esta patología **no siempre es quirúrgica**: si las obstrucciones no superan el 60 o 70 por ciento, el tratamiento es en base a antiagregantes (aspirina) y con el control de los demás factores de riesgo.

Pero si la lesión es mayor al 70 por ciento, se debe realizar un cateterismo para confirmar la lesión, cuantificarla y planificar la *cirugía* o la *angioplastia con stent*. En el primer caso se abre la arteria y extrae todo el *ateroma* que la obstruye mientras se mantiene la circulación cerebral mediante un *by pass externo* hasta el cierre de la arteria. En este caso, la morbimortalidad es muy baja. La segunda opción es la *angioplastia endoluminal* con métodos de protección cerebral que evitan posibles embolias distales y la colocación de un stent autoexpandible.

En el Hospital se realizan ambas técnicas y los cardiólogos, hemodinamistas y cirujanos vasculares deciden en conjunto cuál de los métodos es el más adecuado para cada paciente.

En el post operatorio, se deben seguir controlando los factores de riesgo, la medicación con antiagregantes y un control clínico y por ecodoppler periódico.



Instituto Argentino  
de la Aorta  
Angios S.A  
(0221) 427-3337  
www.iaao.com.ar