

O vai-e-vem no tratamento da doença carotídea

The ups and downs in the treatment of carotid disease

Arno von Ristow*

A doença cérebro-vascular é uma das principais causas de morte e incapacidade em nosso País. Estima-se que ocorram cerca de 250.000 acidentes vasculares encefálicos (AVE) por ano no Brasil, dos quais cerca de 85% são de etiologia isquêmica (AVE-I)¹. Das desafortunadas vítimas, somente 1/3 evolui de forma satisfatória; das demais, um 1/3 morre e o 1/3 remanescente sobrevive com seqüelas graves. Esses dados estatísticos apontam para a necessidade de uma política nacional de prevenção e de tratamento^{1,2}. Com a evolução da medicina, ficaram esclarecidos os mecanismos etiopatogênicos dos AVE-I. Na maioria dos casos, a aterosclerose é a principal vilã^{2,3}. Medidas profiláticas, sobretudo a abolição do fumo e o controle da hipertensão, dois dos principais fatores etiológicos envolvidos, têm sido amplamente divulgadas e aplicadas. Resultados animadores vêm sendo obtidos com o controle das doenças metabólicas, como as dislipidemias e o diabetes. O conhecimento da complexidade da síndrome metabólica veio esclarecer os mecanismos da aterogênese, mas sua prevenção é muito pouco aplicada^{2,4}. Dessa forma, é grande o número de indivíduos que evoluem com lesões ateroscleróticas progressivas, e o risco de manifestações clínicas sérias é elevado. Importante percentual dos AVE-I decorre de placas ateroscleróticas incrustadas na bifurcação carotídea¹⁻⁴. Esses dados, aqui apresentados de forma sumaríssima, apontam para a constatação de que o tratamento dessas lesões é mais do que necessário. Atualmente, a grande questão é a seguinte: apesar do progresso da medicina no manuseio da doença cérebro-vascular, existe consenso no tratamento da estenose da bifurcação carotídea? Na verdade, não! Hoje

são oferecidas várias opções, desde uma melhor conduta médico-farmacológica até os procedimentos endovasculares, passando pela cirurgia direta. A busca do método ideal é o tema do artigo extensa e amplamente fundamentado em literatura recente de Bonamigo & Lucas, "Análise crítica das indicações e resultados do tratamento cirúrgico da doença carotídea", publicado nesta edição do *Jornal Vascular Brasileiro*⁵.

Ao se observar as várias publicações sobre o assunto, tem-se a clara impressão de que, nos trabalhos cujos orientadores são especialistas não-cirurgiões, há uma seleção de grupos cirúrgicos com resultados inferiores para serem cotejados com aqueles obtidos com o tratamento endovascular. E vice-versa!⁶ É certo que nenhum dos estudos multicêntricos que comparam a endarterectomia carotídea (EC) com a angioplastia mais *stent* carotídeo (AC) atingiu o grau de excelência recomendado para o tratamento de indivíduos assintomáticos, independentemente do método⁷. Assim, pelo menos nessa indicação, esses investigadores só poderiam ser autorizados a atuar no contexto de estudos clínicos específicos. Longe da realidade: só no estudo Sapphyre, 71% eram assintomáticos, e as taxas de complicações variaram de 5,4 a 7,8%, bem acima dos 3% recomendados!⁶

À exceção do tratamento do AVE-I agudo, que ainda é raro, todo procedimento sobre as carótidas é profilático. O objetivo da intervenção é prevenir AVC-I ipsilateral à lesão, com um mínimo de risco perioperatório e com resultados duradouros. É certo também que complicações relacionadas aos procedimentos de revascularização carotídea são freqüentemente devastadoras e

* Cirurgião vascular. Especialista em Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular e Angiorradiologia, AMB-SBACV. Especialista em Radiologia Intervencionista, AMB-CRB. Membro titular, Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor associado, Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ), Rio de Janeiro, RJ. Diretor e chefe, Departamentos de Cirurgia Vascular e de Cirurgia Endovascular, Centervasc-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

potencialmente catastróficas para o paciente e também para o médico! Muito mais se o objeto da intervenção nunca tiver apresentado nenhum sintoma neurológico.

Indicações

Das várias indicações da estenose carotídea relacionadas no artigo de Bonamigo & Lucas⁵, concordamos que possa ser indicado o tratamento da estenose carotídea em indivíduos assintomáticos com estenose igual ou maior que 70%, com boa expectativa de vida, e naqueles com estenose igual ou superior a 60%, com oclusão contralateral, desde que as taxas de complicações do grupo se situem abaixo de 3% de morbimortalidade⁸. Também é nossa prática realizar o tratamento simultâneo de estenoses assintomáticas com grau de obstrução superior a 69% em pacientes com indicação de revascularização miocárdica.

A EC é o único método que consistentemente atinge os índices preconizados para tratamento de lesões carotídeas assintomáticas e, ainda assim, em centros de excelência. Os níveis de sucesso obtidos nos estudos multicêntricos recentes publicados com o uso de AC em indivíduos assintomáticos não autorizam seu emprego nesse cenário, a não ser em estudos científicos^{6,7,9-11}.

Já em pacientes sintomáticos, o tratamento é indicado em casos de estenose igual ou maior que 70%, estenose igual ou superior a 50% com oclusão contralateral, estenose superior a 50% com sintomas persistentes apesar de tratamento farmacológico adequado e na presença de trombo intraluminal ou de placas complexas, sempre sintomáticas. Neste último grupo estão englobadas as ulcerações ateromatosas. Nesse subgrupo, a taxa de morbidade neurológica e mortalidade não devem superar os 7%¹¹⁻¹⁴. Os resultados dos estudos multicêntricos superam em muito esse limite, tanto nos grupos de EC como de AC⁶. Assim, o tratamento de lesões carotídeas por AC deveria se restringir ao tratamento de pacientes com sintomas neurológicos prévios, uma vez que seus resultados, quando muito, atingiram este nível – 5,4 a 12,1% – de morbimortalidade!⁷

É interessante observar que 16 anos depois dos estudos NASCET, ACST e ACAS, os parâmetros de indicação de tratamento das carótidas permanecem os mesmos na maioria dos serviços. É certo que a morfologia e a

constituição da placa carotídea têm o potencial de influenciar a escolha do método de tratamento – se cirurgia ou angioplastia. Lesões complexas, com perda da integridade da cápsula fibrosa, placas de alto teor lipídico, ulceradas e com trombos murais têm um potencial emboligênico elevado e são mais seguramente tratadas por EC¹⁵. O estudo com eco-Doppler, que é realizado em praticamente todos os pacientes a serem submetidos a EC ou a AC, deve analisar essas alterações, a serem ponderadas na escolha do método terapêutico.

As indicações específicas da EC e da AC são detalhadamente apresentadas por Pereira em recente editorial¹¹.

Uma criteriosa seleção de pacientes, alicerçada em diagnóstico preciso e técnicas anestesiológicas e cirúrgicas apuradas, aliada a cuidados pós-operatórios adequados permitem a obtenção de resultados excelentes nas duas opções. Deliberadamente, a preferência do paciente está listada em ambos os grupos. Em nossos tempos, muitos pacientes já nos procuram com formidável acúmulo de informações sobre seu problema e com desejo de serem tratados por determinado método. Caso não exista uma contra-indicação real, a nosso ver, esse desejo pode ser respeitado.

Curiosamente, a introdução do método endovascular melhorou os resultados da endarterectomia; pacientes de alto risco para a cirurgia podem ser tratados por este método com vantagens.

A relação custo/benefício atual é amplamente favorável à cirurgia. A EC é um procedimento artesanal, com gasto mínimo de materiais. Em nossa instituição, custa cinco vezes menos do que uma AC.

O assunto em questão é polêmico, o que é comprovado pela publicação recente de editoriais em vários periódicos, inclusive em nosso Jornal^{6,15,16}.

Concluindo, não há dúvida de que a endarterectomia atingiu seu nível de excelência. Resultados com mínima morbimortalidade são exigidos e podem ser obtidos. Em centros especializados, a endarterectomia tem sido realizada rotineiramente, com taxas de morbimortalidade inferiores a 2%^{9,10}.

Pelos dados epidemiológicos de nosso País, cerca de 100.000 pessoas por ano deveriam se beneficiar profilaticamente do tratamento de suas lesões carotídeas, evitando-se assim a catástrofe de um derrame. No entanto, apenas um pequeno percentual é privilegiado. Não há cirurgiões vasculares treinados para a realização de EAC, para orientar o diagnóstico e realizar o tratamento em sua totalidade. Por mais que nós – cirurgiões vasculares preceptores – nos esforcemos, a cirurgia carotídea sempre foi realizada com excelência em apenas poucos centros. Dedicção e tempo são indispensáveis para a obtenção de resultados consistentes em qualquer treinamento, mas concordamos com Karakanian quando afirma que “a curva de aprendizado desta técnica é muito mais rápida do que da endarterectomia”¹⁶. A introdução do tratamento endovascular trouxe certa democratização do tratamento da doença carotídea. Ocorre uma grande divulgação da patologia. De certa forma, mais pacientes podem atingir os meios de tratamento, sobretudo em localidades não supridas por serviços de excelência cirúrgica.

Nas primeiras décadas do tratamento cirúrgico da doença carotídea, cirurgiões se digladiavam com clínicos e neurologistas, defendendo a endarterectomia. Nós, cirurgiões vasculares, desfrutávamos de uma posição de destaque: à parte alguns cirurgiões cardíacos e alguns neurocirurgiões, praticamente somente nós tratávamos as carótidas. Surgiu e evoluiu o tratamento endovascular. O quadro passou a comportar outros personagens! Atualmente, vivemos uma cisão entre cirurgiões vasculares – os adeptos e os contrários ao tratamento endovascular – e conflitos com os angiorradiologistas/neurorradiologistas e de todos estes com os hemodinamicistas e vice-versa. Todos disputam quem deve realizar o tratamento das carótidas! Hoje, parece que cada grupo quer atingir o “ponto vulnerável do adversário”. Na verdade somos nós, cirurgiões vasculares, os únicos especialistas que podem oferecer ao paciente o melhor de dois mundos: a cirurgia direta e o método endovascular. Devemos continuar trilhando nosso caminho com seriedade e respeito para com o paciente, não caindo em tentações sensacionalistas ou mercantilistas. Em minha opinião, todo grupo de cirurgia vascular deve ter em seu meio profissionais habilitados nos procedimentos endoluminais, aptos a

individualizar cada caso, visando oferecer ao paciente o melhor tratamento.

O trabalho de Bonamigo & Lucas conclui, em seu resumo, que no presente momento não há evidências para o uso ampliado da AC, mesmo em pacientes de alto risco⁵. Concordamos com a afirmativa, pelas razões expostas acima. Cotejando todos os dados, certamente a endarterectomia ainda é o melhor tratamento para a maioria dos pacientes, mas permanece aqui nossa crença de que o tratamento endovascular das carótidas é um método em evolução e que já apresenta várias indicações de aplicação, muitas com resultados superiores a EC. O fato de o tratamento endovascular atualmente não apresentar resultados esperados em todas as indicações/situações não implica que estes não sejam alcançados no futuro. E esse futuro pode estar próximo! Que estejamos preparados para ele.

Recomendamos a consulta à bibliografia do artigo de Bonamigo & Lucas⁵, amplamente complementar a este editorial.

Referências

1. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev Soc Cardiol Est SP. 1999;4:509-18.
2. Gagliardi JR. Acidente vascular cerebral. São Paulo: EPM; 2006.
3. Sacco RL. Risk factors and outcomes for ischemic stroke. Neurology. 1995;45:S10-4.
4. Fayad P. Medical, interventional and surgical therapy for ischemic stroke prevention [syllabus on CD-ROM]. American Association of Neurology; 2005.
5. Bonamigo TP, Lucas ML. Análise crítica das indicações e resultados do tratamento cirúrgico da doença carotídea. J Vasc Bras. 2007;6:366-77.
6. Luebke T, Aleksic M, Brunkwall J. Meta-analysis of randomized trials comparing carotid endarterectomy and endovascular treatment. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;34:470-9.
7. Golledge J. Endovascular or Surgical Treatment for Carotid Artery Stenosis? Editorial. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;34:480-2.
8. Halliday A, Manfield A, Marro J et al. The MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST). Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurologic symptoms: randomised controlled trial. Lancet. 2004;363(9420):1491-502.
9. Ristow Av, Oliveira LOP, Moritz, MC. A cirurgia das carótidas sob anestesia local. In: Bonamigo TP, Burihan, Cinelli, M, Ristow Av, editors. Doenças da aorta e seus ramos. São Paulo: BYK; 1991. p. 160-2.

10. Ristow Av, Pedron C. Cirurgia da carótida. In: Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI) do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Ciclo 3, Módulo 1. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 9-50.
11. Pereira AH. [Angioplastia da carótida versus endarterectomia: o velho e o novo](#). Editorial. J Vasc Bras. 2006;5:169-73.
12. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov AS, et al. (Carotid Endarterectomy Trialists Collaboration). [Analysis of pooled data from the randomised controlled trials of endarterectomy for symptomatic carotid stenosis](#). Lancet. 2003;361:107-16.
13. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. [Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high grade stenosis](#). N Engl J Med. 1991;325:445-53.
14. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJ; Carotid Endarterectomy Trialists Collaboration. [Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery](#). Lancet. 2004;363:915-24.
15. Biasi GH, Froio A, Diethrich E, et al. [Carotid plaque echolucency increases the risk of stroke in carotid stenting: the Imaging in Carotid Angioplasty and Risk of Stroke \(ICAROS\) study](#). Circulation. 2004;110:756-62.
16. Karakhanian W. [Estenose da carótida: por que defendo o tratamento endovascular](#). Editorial. J Vasc Bras. 2006;5:174-6.