

# Nota Técnica 90260

Data de conclusão: 16/08/2022 14:29:51

## Paciente

---

**Idade:** 82 anos

**Sexo:** Feminino

**Cidade:** São Luiz Gonzaga/RS

## Dados do Advogado do Autor

---

**Nome do Advogado:** -

**Número OAB:** -

**Autor está representado por:** -

## Dados do Processo

---

**Esfera/Órgão:** Justiça Federal

**Vara/Serventia:** 1ª Vara Federal de Santo ngelo

## Tecnologia 90260-A

---

**CID:** G30 - Doença de Alzheimer

**Diagnóstico:** Doença de Alzheimer, Demência não especificada na doença de Alzheimers

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** laudo médico

## Descrição da Tecnologia

---

**Tipo da Tecnologia:** Medicamento

**Registro na ANVISA?** Sim

**Situação do registro:** Válido

**Nome comercial:** -

**Princípio Ativo:** CITALOPRAM

**Via de administração:** VO

**Posologia:** citalopram 20mg tomar 1 comprimido 1x ao dia

**Uso contínuo?** -

**Duração do tratamento:** dia(s)

**Indicação em conformidade com a aprovada no registro?** Não

**Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante?** Não

**O medicamento está inserido no SUS?** Não

**Oncológico?** Não

### **Outras Tecnologias Disponíveis**

---

**Tecnologia:** CITALOPRAM

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** há agentes antidepressivos fornecidos pelo SUS, como fluoxetina, amitriptilina e sertralina

**Existe Genérico?** Sim

**Existe Similar?** Sim

**Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar:** Vide a tabela CMED

### **Custo da Tecnologia**

---

**Tecnologia:** CITALOPRAM

**Laboratório:** -

**Marca Comercial:** -

**Apresentação:** -

**Preço de Fábrica:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** 32,16

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

### **Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal**

---

**Tecnologia:** CITALOPRAM

**Dose Diária Recomendada:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** -

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

**Fonte do custo da tecnologia: -**

## **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia:** CITALOPRAM

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** O citalopram foi um dos primeiros antidepressivos disponíveis para o tratamento de TDM (6). Trata-se de um antidepressivo pertencente à classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) (7). Atualmente, é indicado no tratamento de TDM, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo.

Em metanálise do grupo Cochrane, Cipriani e colaboradores (2012) compararam eficácia e segurança do citalopram com outros antidepressivos no tratamento de TDM (6). Foram identificados 37 ensaios clínicos comparando o citalopram com outros antidepressivos - mais precisamente, com antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina, clomipramina e imipramina) e com outros ISRS (como a fluoxetina e a sertralina). O citalopram mostrou-se igualmente eficaz às múltiplas alternativas disponíveis pelo SUS, como a fluoxetina (odds ratio de 1,03 com intervalo de confiança de 95% de 0,75 a 1,43) e a sertralina (OR 0,53; IC95% 0,20 a 1,42). Quando comparado a outros antidepressivos ISRS (como a sertralina e a fluoxetina), não foram encontradas diferenças de segurança e tolerabilidade.

O uso de ISRS, especialmente o citalopram, para melhora da agitação e paranoia em pacientes com Alzheimer tem sido estudado. Uma revisão sistemática do grupo Cochrane (8) sobre o uso de ISRS em pacientes com demência encontrou dois estudos onde o uso de citalopram foi associado a uma redução dos sintomas de agitação quando comparado a placebo, porém outros estudos não encontraram diferença do uso de citalopram para melhora dos sintomas comportamentais e de demência.

Um ensaio clínico (9) entre pacientes com doença de Alzheimer para avaliar o efeito do uso de citalopram na melhora dos sintomas de agitação concluiu que nos pacientes que já estavam recebendo intervenção psicossocial, a adição do medicamento citalopram, reduziu significativamente os sintomas de agitação. Porém esse estudo tem uma série de limitações, incluindo um número reduzido de pacientes estudados além de ter encontrado piora do intervalo QT e piora de cognição nos pacientes tratados com citalopram em relação ao placebo. Em consulta à tabela CMED, no site da ANVISA, realizada em maio de 2022, a caixa contendo 30 comprimidos de citalopram custava R\$ 32,16 de forma que o tratamento anual alcançaria o valor de R\$ 419,08.

Não foram encontrados estudos de custo-efetividade comparando citalopram com alternativas disponíveis no SUS para o tratamento da doença de Alzheimer.

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** possível melhora dos sintomas de agitação associados à doença de Alzheimer, porém sem eficácia comprovada.

**Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:** Não avaliada

## **Conclusão**

---

**Tecnologia:** CITALOPRAM

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** A eficácia e a segurança do produto pleiteado não foi devidamente avaliada para a

condição clínica da parte autora. Além disso, há múltiplas alternativas disponibilizadas pelo SUS que podem ser consideradas no manejo dos sintomas da doença de Alzheimer. Não há evidências de que o medicamento pleiteado seja superior a estas alternativas. Destaca-se que para caracterizar refratariedade ao tratamento faz-se necessário uso da medicação, em dose otimizada, por tempo mínimo.

**Há evidências científicas?** Sim

**Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM?** Não

- Referências bibliográficas:**
1. C. Dirk Keene, Thomas J Montine, Lewis H Kuller. Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease [Internet]. Uptodate. 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-alzheimer-disease/print?search=Alzheimer&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-alzheimer-disease/print?search=Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
  2. David A Wolk, Bradford C Dickerson. Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease [Internet]. Uptodate. 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease/print?search=Alzheimer&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease/print?search=Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
  3. Daniel Press, Michael Alexander. Treatment of dementia [Internet]. Uptodate. 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-dementia?search=Alzheimer&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-dementia?search=Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)
  4. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença de Alzheimer [Internet]. 2017. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relatorio\\_PCDTDoen%C3%A7a\\_de\\_Alzheimer\\_267\\_17\\_final\\_SEC1207.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relatorio_PCDTDoen%C3%A7a_de_Alzheimer_267_17_final_SEC1207.pdf)
  5. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* setembro de 2016;61(9):540–60.
  6. Cipriani A, Purgato M, Furukawa TA, Trespidi C, Imperadore G, Signoretti A, et al. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 11 de julho de 2012;(7):CD006534.
  7. Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. *Psicofármacos - 5ed: Consulta Rápida.* Artmed Editora; 2015. 1697 p.
  8. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD008191. DOI: 10.1002/14651858.CD008191.pub2. Accessed 24 May 2022.
  9. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, Devanand DP, Frangakis C, Ismail Z, Marano C, Meinert CL, Mintzer JE, Munro CA, Pelton G, Rabins PV, Rosenberg PB, Schneider LS, Shade DM, Weintraub D, Yesavage J, Lyketsos CG; CitAD Research Group. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 Feb 19;311(7):682-91. doi: 10.1001/jama.2014.93. PMID: 24549548; PMCID: PMC4086818.

**NatJus Responsável:** RS - Rio Grande do Sul

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS-UFRGS

**Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?** Não

**Outras Informações:** Conforme laudo médico (Evento 1, INIC1, página 20), a parte autora

possui diagnóstico de doença de Alzheimer (CID-10 G30), Demência não especificada na doença de Alzheimer (CID 10 F00.9), Hipertensão Arterial (CID-10 I10.0) e estenose carótídea (CID-10 I65.2), consta que já teve uma isquemia transitória. Médico assistente relata que a paciente apresenta incapacidade de entendimento e compreensão dos atos da vida civil de forma total, necessitando da ajuda de terceiros.

A doença de Alzheimer é um distúrbio neurodegenerativo progressivo de origem ainda desconhecida(1,2). A prevalência da doença de Alzheimer aumenta com a idade (raramente ocorre antes dos 60 anos de idade) (2). Nessa linha, acomete 5 a cada 1.000 indivíduos com idade entre 65 e 70 anos e 60 a 80 a cada 1.000 pessoas com 85 anos ou mais. Caracteriza-se por déficits de memória que prejudicam as atividades de vida diária, com piora gradual. Para o diagnóstico, é necessário início insidioso associado à história clara de perda cognitiva informada por terceiro. Ao longo do tempo, sintomas neuropsiquiátricos tendem a aparecer. Tem-se, inicialmente, sintomas sutis, como apatia, irritação e distanciamento social. Com o agravamento do deterioro cognitivo, pode ocorrer agitação, agressividade e psicose. Esses sintomas usualmente diminuem com a progressão da doença.

Segundo diretrizes internacionais, a base do tratamento da doença de Alzheimer é sintomática: maneja-se distúrbios comportamentais, bem como se orienta mudanças ambientais e medidas de segurança (3,4). Para isso, o tratamento deve ser multidisciplinar, podendo incluir atividade física, terapia cognitivo comportamental e mudanças nutricionais. Entre as alternativas farmacológicas, têm-se os inibidores da colinesterase (como donepezila, rivastigmina e galantamina) e a memantina.

A depressão é uma comorbidade comum e tratável em pacientes com demência. Em quadros de transtorno depressivo maior (TDM) associado à disfunção cognitiva, diretriz internacional descreve a existência de evidências de baixa qualidade sugerindo que antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (como fluoxetina e sertralina, disponíveis no SUS), bupropiona e duloxetina melhoram domínios cognitivos (mais precisamente, aprendizagem, memória e função executiva) (5).

## **Tecnologia 90260-B**

---

**CID:** I65.2 - Oclusão e estenose da artéria carótida

**Diagnóstico:** Oclusão e estenose da artéria carótida, Hipertensão essencial (primária)

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** laudo médico

## **Descrição da Tecnologia**

---

**Tipo da Tecnologia:** Medicamento

**Registro na ANVISA?** Sim

**Situação do registro:** Válido

**Nome comercial:** -

**Princípio Ativo:** CILOSTAZOL

**Via de administração:** VO

**Posologia:** cilostazol 50mg tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia

**Uso contínuo?** -

**Duração do tratamento:** dia(s)

**Indicação em conformidade com a aprovada no registro?** Não

**Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante?** Não

**O medicamento está inserido no SUS?** Não

**Oncológico?** Não

### **Outras Tecnologias Disponíveis**

---

**Tecnologia:** CILOSTAZOL

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** como alternativas o SUS disponibiliza tratamento das doenças de base e fatores de risco, incluindo outros antiagregantes plaquetários. Além disso, estão disponíveis pelo SUS tratamentos não farmacológicos.

**Existe Genérico?** Sim

**Existe Similar?** Sim

**Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar:** Vide a tabela CMED

### **Custo da Tecnologia**

---

**Tecnologia:** CILOSTAZOL

**Laboratório:** -

**Marca Comercial:** -

**Apresentação:** -

**Preço de Fábrica:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** 18,76

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

### **Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal**

---

**Tecnologia:** CILOSTAZOL

**Dose Diária Recomendada:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** -

**Preço Máximo ao Consumidor: -**

**Fonte do custo da tecnologia: -**

## **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia: CILOSTAZOL**

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** O cilostazol é um inibidor da fosfodiesterase que suprime a agregação plaquetária. É um vasodilatador arterial direto, mas seu mecanismo de ação para melhorar a distância percorrida em pacientes com claudicação por Doença arterial periférica (DAP) não é conhecido (7).

Uma revisão sistemática avaliou o uso de cilostazol na prevenção de AVC onde foram incluídos 20 ensaios clínicos randomizados, a maioria realizados em países asiáticos (8). O cilostazol diminuiu acidente vascular cerebral isquêmico recorrente (OR = 0,68 [IC95%, 0,57-0,81]; P <0,0001), acidente vascular cerebral hemorrágico (OR = 0,43 [IC 95%, 0,29-0,64]; P=0,0001), óbitos (OR=0,64 [IC 95%, 0,49-0,83], P<0,0009), sangramento sistêmico (n=8387, OR=0,73 [IC 95%, 0,54-0,99]); P = 0,04), mas aumentou a dor de cabeça e palpitações, em comparação com placebo, aspirina ou clopidogrel.

Outra revisão sistemática buscou determinar a eficácia relativa e a segurança do cilostazol em comparação diretamente com a aspirina na prevenção de acidente vascular cerebral e outros eventos vasculares graves em pacientes com alto risco para acidente vascular cerebral. Comparado à aspirina, cilostazol apresentou um risco menor de eventos cardiovasculares (RR 0.72, IC 95% 0.57 to 0.91). Porém foi associado a mais eventos adversos, como dor de cabeça, taquicardia e eventos gastrointestinais, levando a uma taxa maior de pacientes que descontinuaram o tratamento no grupo do cilostazol (9).

Um estudo para determinar a não-inferioridade do cilostazol com relação ao uso de ácido acetilsalicílico na prevenção de AVC recorrente (CSPS 2) (10), demonstrou que o cilostazol foi não inferior ao ácido acetilsalicílico para prevenção de AVC após um AVC isquêmico. O desfecho primário (recorrência de AVC) ocorreu em taxas anuais de 2,76% (n=82) no grupo cilostazol e 3,71% (n=119) no grupo aspirina (HR 0,743, IC 95% 0,564-0,981; p=0,0357). Esse estudo foi financiado pela companhia farmacêutica que produz o cilostazol, em uma população asiática e os pacientes do grupo AAS faziam uso de medicamentos para diabetes e hipertensão em maior proporção.

Na prevenção secundária de AVCi foi realizado um estudo multicêntrico, randomizado em 292 hospitais no Japão entre pacientes com AVCi prévio e alto risco de recorrência (11). Foram divididos em dois grupos, um receberia ácido acetilsalicílico ou clopidogrel em monoterapia e outro grupo receberia ácido acetilsalicílico ou clopidogrel adicionados a cilostazol 100mg duas vezes ao dia na terapia dupla. AVCi ocorreu em 3% dos pacientes na terapia dupla, contra 7% naqueles em monoterapia (HR 0,49, IC 95% 0,31–0,76, p=0,0010). Os pesquisadores concluíram que a adição de cilostazol pode ser benéfica para aqueles pacientes de alto risco para recorrência de AVCi quando estes são capazes de tolerar os efeitos adversos mais comuns do cilostazol, como dor de cabeça e taquicardia.

Os eventos adversos mais comuns do cilostazol são cefaléia, diarreia, fezes anormais, tonturas e palpitações. É relatada também taquicardia ventricular não sustentada e, como outros inibidores da fosfodiesterase oral usados para terapia inotrópica causaram aumento da mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca avançada, o cilostazol é contra-indicado na insuficiência cardíaca de qualquer gravidade (10).

O cilostazol é produzido por inúmeras empresas. Em consulta à tabela CMED, no site da

ANVISA, realizada em de maio de 2022, selecionou-se alternativa de menor custo e, de acordo com a prescrição juntada ao processo, foi elaborada a tabela acima.

Não foram encontradas análises de custo-efetividade para o uso de cilostazol na condição em tela.

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** prevenção de AVC secundário, porém efeito semelhante ao uso de ácido acetilsalicílico, atualmente disponível no SUS

**Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:** Não avaliada

---

## Conclusão

---

**Tecnologia:** CILOSTAZOL

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** A evidência científica disponível aponta para um benefício marginal do uso de cilostazol para prevenção de AVC secundário, porém semelhante a outras alternativas disponíveis no SUS, como clopidogrel e ácido acetilsalicílico. Quanto ao uso combinado com aspirina, o caso em tela diverge do perfil de alto risco onde foram observados benefícios.

**Há evidências científicas?** Sim

**Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM?** Não

**Referências bibliográficas:** 1. Malachias M, Gomes M, Nobre F, Alessi A, Feitosa A, Coelho E. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: chapter 2-diagnosis and classification. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):7–13.

2. Malachias MVB. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension: presentation. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):XV–XIX.

3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021–104.

4. Fuchs FD, Fuchs, Pires. *Essentials of hypertension.* Springer; 2018.

5. Falk E, Shah PK, Fuster V. Coronary Plaque Disruption. *Circulation.* agosto de 1995;92(3):657–71.

6. Faludi AA, Izar MC de O, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol.* agosto de 2017;109:1–76.

7. Thompson PD, Zimet R, Forbes WP, Zhang P. Meta-analysis of results from eight randomized, placebo-controlled trials on the effect of cilostazol on patients with intermittent claudication. *Am J Cardiol* 2002; 90:1314.

8. McHutchison C, Blair GW, Appleton JP, Chappell FM, Doubal F, Bath PM, Wardlaw JM. Cilostazol for Secondary Prevention of Stroke and Cognitive Decline: Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke.* 2020 Aug;51(8):2374-2385. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029454. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32646330; PMCID: PMC7382534.

9. Kamal AK, Naqvi I, Husain MR, Khealani BA. Cilostazol versus aspirin for secondary

prevention of vascular events after stroke of arterial origin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jan 19;2011(1):CD008076. doi: 10.1002/14651858.CD008076.pub2. PMID: 21249700; PMCID: PMC6599824.

10. Shinohara Y, Katayama Y, Uchiyama S, Yamaguchi T, Handa S, Matsuoka K, Ohashi Y, Tanahashi N, Yamamoto H, Genka C, Kitagawa Y, Kusuoka H, Nishimaru K, Tsushima M, Koretsune Y, Sawada T, Hamada C; CSPS 2 group. Cilostazol for prevention of secondary stroke (CSPS 2): an aspirin-controlled, double-blind, randomised non-inferiority trial. *Lancet Neurol.* 2010 Oct;9(10):959-68. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70198-8. Epub 2010 Sep 15. PMID: 20833591.

11. Toyoda K, Uchiyama S, Yamaguchi T, Easton JD, Kimura K, Hoshino H, Sakai N, Okada Y, Tanaka K, Origasa H, Naritomi H, Houkin K, Yamaguchi K, Isobe M, Minematsu K; CSPS.com Trial Investigators. Dual antiplatelet therapy using cilostazol for secondary prevention in patients with high-risk ischaemic stroke in Japan: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2019 Jun;18(6):539-548. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30148-6. PMID: 31122494.

**NatJus Responsável:** RS - Rio Grande do Sul

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS-UFRGS

**Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?** Não

**Outras Informações:** Conforme laudo médico (Evento 1, INIC1, página 20), a parte autora possui diagnóstico de doença de Alzheimer (CID-10 G30), Hipertensão Arterial (CID-10 I10.0) e estenose carotídea (CID-10 I65.2), consta que já teve uma isquemia transitória. Médico assistente declara a necessidade de uso de cilostazol para evitar AVC. Relata estar em uso também de ácido acetilsalicílico.

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial de maneira sustentada (1–3). É um dos principais fatores de risco para o acidente vascular cerebral (AVC) e outras doenças cardiovasculares (infarto, insuficiência renal crônica, perda de visão, doenças das válvulas cardíacas, doenças da aorta e artérias periféricas)(4), e seu controle adequado é um dos pilares na prevenção secundária da doença cerebrovascular(1,4). Uma redução de 10 mmHg na pressão arterial sistólica ou de 5 mmHg na pressão arterial diastólica está associada com reduções significativas de 10 a 15% na mortalidade por todas as causas, 35% dos AVCs, 20% dos infartos e 40% da incidência de insuficiência cardíaca.

As diretrizes de manejo da HAS concordam que o tratamento da HAS envolve medidas não-farmacológicas (como dieta hipossódica e exercício físico) associado a tratamento farmacológico (3,4). Os medicamentos utilizados no tratamento são das classes dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), diuréticos tiazídicos, antagonistas do receptor da angiotensina II (ARA-II) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e, em alguns casos específicos, os betabloqueadores.

A estenose da carótida é geralmente causada pela aterosclerose, uma doença difusa e degenerativa das artérias que resulta na deposição de placas de lipídeos e cristais de colesterol na parede dos vasos (5). A estenose de carótida é importante causa de evento isquêmico transitório, tais eventos são, na sua maioria, consequentes de embolismo cerebral decorrente de alteração da biologia da placa aterosclerótica. O tratamento consiste no controle de fatores de risco para aterosclerose, como o controle da hipertensão e dos níveis de colesterol, bem como o uso de antiagregantes plaquetários, como o ácido acetilsalicílico e o clopidogrel (6).