

Diretor do Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Diretor Boletim:

Dr. Leandro I. Lasave

Comité Editorial

Dr. Darío Echeverri

Dr. Ricardo Lluberás

Dr. Felipe Heusser

Dr. Ari Mandil

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Martínez Riera

Dr. Marco Wainstein

Dr. Luis Virgen

Dr. Dimytri A. Siqueira

Dr. Juan Simón Muñoz

Dr. José C. Faria García

Secretária

Mercedes Boero

Desenho gráfico

Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. Felipe Heusser..... **02** **VER ▶**

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dr. Jamil Abdalla Saad

“Evidências na utilização da tromboectomia por aspiração manual no IAM: a tromboaspiração deve ser generalizada?” **03** **VER ▶**

Intervenções Pediátrica: Dr. Carlos AC Pedra

“Tratamento percutâneo da coarctação da aorta no adulto” **08** **VER ▶**

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **07** **VER ▶**

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **11** **VER ▶**

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **12** **VER ▶**

CASO CLÍNICO: **13** **VER ▶**

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **15** **VER ▶**

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **16** **VER ▶**

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

Entrevista com o Dr. Oscar Mendiz

“Tratamento endovascular da aorta torácica” **17** **VER ▶**

EDITORIAL: Dr. Felipe Heusser



//

Dr. Felipe Heusser

Hospital Clínico-Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Santiago do Chile

É com muito prazer que convido vocês para ler este novo número do **Boletim ProEducar** da SOLACI que, como já é de praxe, traz temas de grande interesse em intervencionismo cardiovascular.

Neste boletim dois artigos de revisão incluem temas muito atuais: um sobre intervencionismo em cardiopatia coronária e o outro sobre intervencionismo em cardiopatia congênita. No primeiro, os doutores Jamil Abdalla Saad e José Faria García discutem as evidências que existem na literatura médica sobre a utilização da tromboectomia por aspiração manual no infarto agudo de miocárdio, e com base nesta informação sugerem quando utilizar esta técnica. No segundo artigo, o Dr. Carlos Pedra nos entrega uma atualização completa sobre o tratamento percutâneo da coarctação aórtica em pacientes adultos, mencionando as indicações de tratamento e expondo as alternativas terapêuticas disponíveis hoje em dia. Também quero destacar a seção “Entrevista com os especialistas” e o Caso Clínico deste boletim. Na primeira, o entrevistado Dr. Oscar Mendiz responde a perguntas sobre outra patologia aórtica: a síndrome aórtica aguda da aorta torácica e as alternativas de tratamento endovascular. No segundo, os doutores Cabrera e Peirone apresentam uma solução para a hipoxemia severa que apresentava um paciente com coração univentricular e a operação de Glenn através de cateterismo intervencionista.

É motivo de especial satisfação observar como o intervencionismo para cardiopatias congênitas em pacientes

pediátricos e adultos aumentou significativamente a presença nas atividades científicas da SOLACI, fato que também consta neste boletim. Dados os importantes progressos das últimas décadas no diagnóstico e tratamento das cardiopatias congênitas, o número de pacientes portadores destas patologias tem sofrido um incremento muito significativo, pelo que cada vez mais todos os especialistas em medicina cardiovascular estamos expostos a eles. É claro como nos últimos anos, a SOLACI assumiu esta realidade aumentando os temas e os casos de cardiopatias congênitas em todas suas atividades científicas e educativas.

Finalmente, gostaria de convidar com entusiasmo todos os médicos e profissionais da saúde interessados em intervencionismo cardiovascular para que venham a Santiago do Chile, de 3 a 5 de agosto, assistir ao **Congresso SOLACI 2011**. Um convite especial para residentes e fellows, cujas atividades começarão com o curso **Pré-Congresso “José Gabay”**, no dia 2 de agosto, organizado pela ProEducar especialmente para Fellows em Cardiologia Intervencionista. O programa de todas as atividades é muito atraente, os palestrantes convidados são de primeiro nível e Santiago aguarda vocês de braços abertos.

Dr. Felipe Heusser**Comitê Editor da ProEducar-SOLACI**

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Cardíacas

Evidências na utilização da trombectomia por aspiração manual no IAM: a tromboaspiração deve ser generalizada?

//
Dr. Jamil Abdalla Saad
Coordenador dos serviços de hemodinâmica dos hospitais Felício Rocho e SOCOR- Belo Horizonte-MG-Brasil

//
Dr. José Carlos Faria Garcia
Membro do serviço de hemodinâmica do Hospital LIFECENTER- Belo Horizonte-MG-Brasil

Introdução

No espectro de apresentação da doença coronariana o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMST) ocupa posição de destaque pela sua frequência e morbimortalidade, e é causado na maioria dos casos pela ruptura de placa aterosclerótica com subsequente trombose e oclusão total do vaso. Desde a década de 80 ficou comprovado o benefício da reperfusão neste cenário, sendo a angioplastia primária a estratégia de escolha na restauração do fluxo arterial epicárdico. No entanto a restauração do fluxo arterial epicárdico ótimo (TIMI III) não assegura adequada reperfusão tissular, como pode ser comprovado por vários métodos diagnósticos como o “Blush Score” (TMP), Ressonância nuclear magnética (RNM), Tomografia por emissão de pósitrons (PET), Ecocardiograma de contraste e análise da resolução do supradesnivelamento do segmento ST (ReST) aos 60-90 minutos após a reperfusão. A reperfusão tissular inadequada está associada a maiores infartos, maiores taxas de complicações e menor sobrevida, e geralmente é causada por embolização distal de

material trombótico e/ou “debris” aterosclerótico, que pode ocorrer de forma espontânea e/ou induzida pela intervenção percutânea⁽¹⁾. Em um estudo prospectivo, Iliceto *et al*⁽²⁾ identificaram como preditores desta embolização distal na angioplastia primária, score de trombo maior ou igual a 3, intervenções na coronária direita ou em vasos com calibre > 3,5mm e o padrão “cut-off” de oclusão do vaso. Na tentativa de se minimizar esta embolização uma série de dispositivos foram testados em mais de 20 estudos clínicos ao longo dos últimos 15 anos, sendo que os que realizaram a trombectomia mecânica e os filtros de proteção distal não mostraram benefícios em desfechos clínicos e/ou angiográficos. O único grupo de dispositivos que mostrou benefício em alguns estudos randomizados e em meta-análises foi o da trombectomia por aspiração manual, que são cateteres de fácil manuseio, menor perfil e custo reduzido em relação ao grupo da trombectomia mecânica. Existem atualmente várias opções destes dispositivos no mercado, não existindo ensaios comparativos entre os mesmos.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Resultados de estudos clínicos

O maior estudo já realizado com esses dispositivos foi o TAPAS, ensaio randomizado, realizado em único centro, que incluiu 1071 pacientes com IAMST dentro de 12hs do início dos sintomas e que foram randomizados, antes da angiografia, para uma estratégia de trombectomia de rotina com o cateter Export®, seguida da angioplastia com stent ou angioplastia primária sem trombectomia adjuvante⁽³⁾. As taxas de *blush* miocárdico 0/1 (desfecho primário) foram de 17,1% vs. 26,3% ($p < 0,001$), a favor do grupo da trombectomia, como também foi favorável a resolução do segmento ST ($> 70\%$) = 56,2% vs. 44,2% ($p < 0,001$). Não houve complicações relatadas na utilização do dispositivo, sendo que em 10% dos pacientes randomizados para a trombectomia, a mesma não foi realizada devido ao calibre e/ou tortuosidade do vaso culpado, e em 55% dos casos foi possível o implante do stent direto após a trombectomia. As taxas de eventos clínicos aos 30 dias, como morte, re-IAM e nova revascularização, bem como sua combinação (MACE), não tiveram diferenças estatisticamente significativas. No entanto o seguimento tardio de 1 ano destes pacientes mostrou taxas de mortalidade cardíaca (desfecho secundário) menores no grupo da trombectomia

(6,7% vs. 3,6%; $p = 0,02$), bem como taxas menores de morte + reinfarto, 9,9% vs. 5,6% ($p = 0,009$), apesar do estudo não possuir poder estatístico suficiente para avaliar estes desfechos⁽⁴⁾.

No EXPIRA 175 pacientes com IAMST foram randomizados, em um único centro, após a angiografia (desde que houvesse score de trombo ≥ 3 e Fluxo TIMI 0-1) para a trombectomia manual pré-stent com o cateter Export® vs. angioplastia primária convencional⁽⁵⁾. As taxas de *blush* miocárdico 2/3 foram maiores no grupo da trombectomia, 88% vs. 60% ($p = 0,001$), bem como as taxas de resolução do segmento ST ($> 70\%$) = 64% vs. 39% ($p = 0,001$). O tamanho do infarto medido pela RNM aos 3 meses foi significativamente menor no grupo da trombectomia. No seguimento tardio de 2 anos houve redução estatisticamente significativa nas taxas de mortalidade cardíaca (desfecho secundário) 6,8% vs. 0% ($p < 0,0001$). Apesar do estudo não possuir poder estatístico para avaliar este desfecho, gera-se mais uma vez a hipótese de que o uso agudo do dispositivo pode conferir benefício tardio à evolução do paciente infartado, por provavelmente conferir mais adequada perfusão tissular e inibir o remodelamento ventricular⁽⁶⁾.

CONTINÚA »

SCAI Fall Fellows COURSES



Extrato da carta do Dr. Claudio Cejas

Instituto do Coração (INCOR) da cidade de La Rioja Capital
Vencedor do Primeiro Prêmio do Curso de Fellows da ProEducar SOLACI
Bolsa para o 5º Curso Anual para Intervencionistas em Treinamento do SCAI de 6-10 de dezembro em Las Vegas, EUA

“Com relação à bolsa e a minha participação no Curso de SCAI em Las Vegas, foi uma linda e enriquecedora experiência educativa. O simpósio de Cardiopatias Congênitas abrangeu questões muito básicas das cardiopatias congênitas, até apresentações e exposições que cobriram as expectativas de todos os participantes. O próprio curso do SCAI foi desenvolvido com jornadas extensas e intensas que trataram dos assuntos mais importantes e atuais da especialidade”.

“Do ponto de vista docente, diferentemente do que ocorreu no recente Curso da ProEducar realizado em Buenos Aires, não conseguimos contar com uma apostila com a impressão dos slides e as apresentações dos expositores”.

“O Curso nos serviu para intercambiar informação, vivências cotidianas e experiências com diferentes fellows do mundo,

assim como para nos reunirmos quase diariamente com médicos do Brasil, do México, da Colômbia, entre outros países latino-americanos, para analisar as apresentações das extensas jornadas”.

“Nós nos orgulhamos de saber que a partir de um compromisso real estabelecido por meio de uma sólida formação de sociedades como a SOLACI não ficamos nada a dever a outros países, exceto pela infraestrutura técnica e pelo equipamento. Temos recursos humanos suficientes para o nosso desenvolvimento, e atividades, como a recentemente realizada na cidade de Las Vegas, só ajudam a confirmar isto.”

“Quanto a mim, gostaria de deixar meu agradecimento a Abbott (empresa que patrocina minhas viagens aéreas) pelo interesse que demonstrou pelo meu trabalho em todos os momentos e por providenciar meu voo para os EUA”.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Pelo menos 6 meta-análises foram publicadas avaliando o papel da trombectomia adjuvante a angioplastia primária. Em uma publicação de 2008 avaliando 9 estudos com cateteres de aspiração manual houve redução nas taxas de mortalidade aos 30 dias (1,7% vs. 3,1% , $p = 0,04$), bem como maiores taxas de fluxo final TIMI III, TMP III e menor embolização distal⁽⁷⁾. Da mesma maneira, em uma análise combinada de 7 estudos randomizados, Burzotta *et al.*⁽⁸⁾ encontraram menores taxas de mortalidade no grupo da trombectomia por aspiração (figura 1).

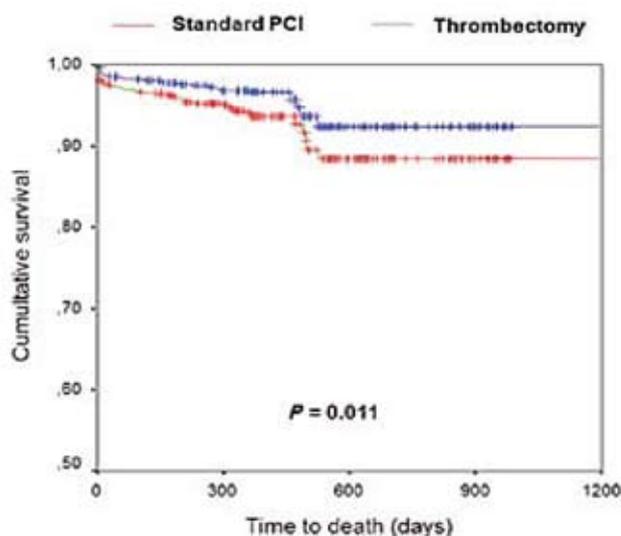


Figura 1: Curva de Kaplan-Meier demonstrando maior sobrevida tardia no grupo da trombectomia por aspiração manual⁽⁸⁾

Tamhane *et al.*⁽⁹⁾, avaliando 9 estudos, mostraram melhora estatisticamente significativa nas taxas de fluxo TIMI III pós-procedimento, bem como nas taxas de TMP III, e na ReST. Houve aumento, sem significância estatística nas taxas de acidente vascular cerebral (AVC), e redução nas taxas de mortalidade no grupo da trombectomia manual (2,21% vs. 3,77%, $p=0,05$). No entanto em 2010 nova publicação avaliando 16 estudos, não mostrou redução na mortalidade aos 30 dias, mas também mostrou melhores taxas de fluxo final TIMI III, TMP III, melhor ReST, e menor incidência de *no-reflow*⁽¹⁰⁾. A discrepância nos resultados destas meta-análises é justificada pelas distintas metodologias utilizadas, os estudo incluídos, e pela classificação de um dispositivo específico (Cateter Rescue®) que ora foi considerado como de trombectomia manual ora como de trombectomia mecânica.

Recomendações - diretrizes

Nas diretrizes do ACC/AHA sobre IAMST, em sua última atualização de 2009, e nas diretrizes da ESC de 2008, a trombectomia por aspiração manual aparece como uma nova recomendação de grau Ila, nível de evidência B, sendo que na publicação norte-americana é sugerido uma abordagem seletiva, em casos com maior carga trombótica e me-

SOLACI '11
SANTIAGO DE CHILE

XVII CONGRESO SOLACI
XIVª Jornada de Hemodinamia de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
Jornada Anual de Cirugía Vascular
Curso Anual de Cardiología de SOCHICAR.

¡AGENDE LA FECHA!

CASAPIEDRA
SANTIAGO DE CHILE



3 al 5 de AGOSTO 2011

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

nores tempos de isquemia, apesar de que nenhum ensaio clínico até hoje comparou uma estratégia de trombectomia generalizada vs. trombectomia em casos selecionados⁽¹¹⁻¹²⁾.

Conclusões

Os dispositivos de trombectomia por aspiração manual são eficazes em otimizar a reperfusão epicárdica e da microcirculação, diminuem as taxas de “no reflow”, e apresentam redução ainda discutível na taxas de mortalidade dos pacientes. Levando em conta seu custo, alguns casos com anatomia desfavorável à sua progressão e casos com menor carga trombótica (Grau < 3), podem não ser ideais para o seu uso. Casos selecionados, em particular aqueles com scores de trombo elevados, me-

nor tempo de isquemia e vasos culpados calibrosos e/ou grandes territórios isquêmicos são o foco para aplicação deste dispositivo. (Figura 2)

IAMST – VASO CULPADO DE CALIBRE ADEQUADO E SEM TORTUOSIDADE ACENTUADA (Preferentemente si si $\Delta t < 6$ hs)

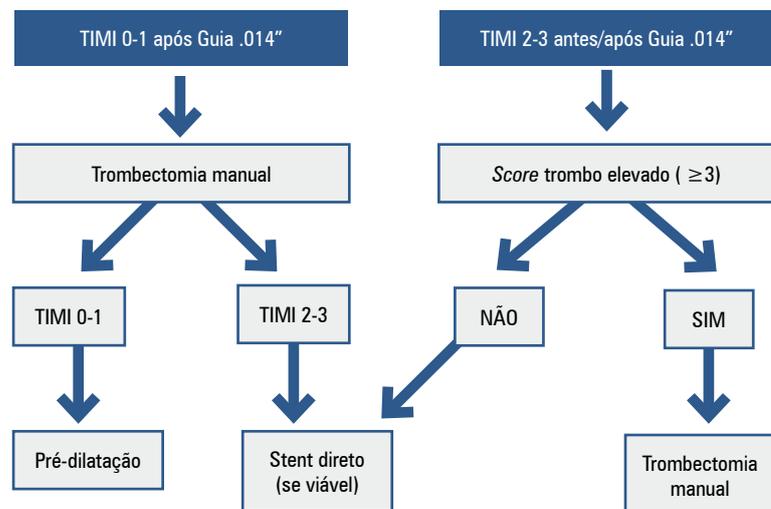


Figura 2: Algoritmo com sugestão de abordagem de pacientes com IAMST candidatos à angioplastia primária

Conflito de interesse: None

Bibliografia recomendada:

- 1- Coronary Intervention: Impact on Microvascular Perfusion and Outcomes Adjunctive Thrombectomy and Distal Protection in Primary Percutaneous Coronary Intervention. Manivannan Srinivasan, Charanjit Rihal, David R. Holmes and Abhiram Prasad Circulation 2009;119;1311-1319.
- 2- Predictors and time-related impact of distal embolization during primary angioplasty Massimo Napodano, Angelo Ramondo, Giuseppe Tarantini, Diletta Peluso, Silvia Compagno, Chiara Fraccaro, Anna Chiara Frigo, Renato Razzolini, Sabino Iliceto. European Heart Journal (2009) 30, 305–313.
- 3- Thrombus Aspiration during Primary Percutaneous Coronary Intervention Svilaas T, Vlaar PJ, van der Horst IC, Diercks GF, de Smet BJ, van den Heuvel AF, Anthonio RL, Jessurun GA, Tan ES, Suurmeijer AJ, Zijlstra F. N Engl J Med. 2008;358:557–567.
- 4- Cardiac death and reinfarction after 1 year in the Thrombus Aspiration during Percutaneous coronary intervention in Acute myocardial infarction Study (TAPAS): a 1-year follow-up study. Vlaar PJ, Svilaas T, van der Horst IC, Diercks GF, Fokkema ML, de Smet BJ, van den Heuvel AF, Anthonio RL, Jessurun GA, Tan ES, Suurmeijer AJ, Zijlstra F. Lancet 2008;371:1915–1920.

CONTINÚA »

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

5- Thrombus Aspiration During Primary Percutaneous Coronary Intervention Improves Myocardial Reperfusion and Reduces Infarct Size. Sardella G, Mancone M, Bucciarelli-Ducci C, Agati L, Scardala R, Carbone I, Francone M, Di Roma A, Benedetti G, Conti G, Fedele F. JACC 2009; 53⁽⁴⁾ : 309-15.

6- Impact of thrombectomy with EXPort Catheter in Infarct-Related Artery during Primary Percutaneous Coronary Intervention (EXPIRA Trial) on cardiac death. Sardella G, Mancone M, Canali E, Di Roma A, Benedetti G, Stio R, Badagliacca R, Lucisano L, Agati L, Fedele F. Am J Cardiol. 2010 ;106⁽⁵⁾:624-9.

7- Adjunctive manual thrombectomy improves myocardial perfusion and mortality in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials Giuseppe De Luca, Dariusz Dudek, Gennaro Sardella, Paolo Marino, Bernard Chevalier, Felix Zijlstra. Eur Heart J. 2008 Dec;29(24):3002-10.

8- Clinical impact of thrombectomy in acute ST-elevation myocardial infarction: an individual patient-data pooled analysis of 11 trials. Burzotta F, De Vita M, Gu YL, Isshiki T, Lefèvre T, Kaltof A, Dudek D, Sardella G, Orrego PS, Antoniucci D, De Luca L, Biondi-Zoccai GG, Crea F, Zijlstra F. Eur Heart J. 2009 Sep;30⁽¹⁸⁾:2193-203.

9- Safety and efficacy of thrombectomy in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for Acute ST elevation MI: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.

Umesh U Tamhane, Stanley Chetcuti , Irfan Hameed, P Michael Grossman , Mauro Moscucci , Hitinder S Gurm. BMC Cardiovascular Disorders 2010, 10:10

10- Adjunctive Thrombectomy for Acute Myocardial Infarction A Bayesian Meta-Analysis. François-Pierre Mongeon, Patrick Belisle, Lawrence Joseph, Mark J. Eisenberg, Stéphane Rinfret. Circ Cardiovasc Interv. 2010;3:6-16.

11- ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction J. Am. Coll. Cardiol. 2009;54:2205-2241.

12- Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. European Heart Journal (2008) 29, 2909–2945.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são responsabilidade da empresa patrocinadora.

**QUANDO VOCÊ SE COMPROMETE
COM A LIDERANÇA ISTO É
"FAZER SEMPRE MAIS"**

A posição de liderança em DES da Boston Scientific é apoiada por nossas múltiplas opções de stents, como com liberação de Paclitaxel, de Everolimus e BMS e pelo extenso programa clínico que já estudou mais de 50.000 pacientes. O nosso compromisso contínuo para melhorar a assistência ao paciente faz da Boston Scientific uma escolha mundial. www.bostonscientific.com

11 milhões
de stents foram
implantados
até esta data

6 categorias
Nas quais SOMOS LÍDERES
NO MERCADO MUNDIAL
de hemodinâmicas: stents
farmacológicos, cateteres balão,
IVUS, aterectomia, proteção
embólica e dispositivos
de insuflação.

2 plataformas
de stents
farmacológicos
Oferecer tanto Paclitaxel quanto
Everolimus significa mais opções
de stents para o médico

Mais de
50.000
pacientes
foram avaliados nos estudos
clínicos e registros patrocinados
pela Boston Scientific*

* Estimativas da BSC em todo o mundo. Dados em arquivo.

© 2009 Boston Scientific Corporation ou suas filiais. Todos os direitos reservados. BMS: stent de metal descoberto. Imagem: Digital Vision.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenções Pediátricas

Tratamento percutâneo da coartação da aorta no adulto



//

Dr. Carlos AC Pedra

Chefe da Seção Médica de Intervenções em Cardiopatias Congênitas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, Brasil

//

Dr. Marcelo Silva Ribeiro

Médico residente da Seção Médica de Intervenções em Cardiopatias Congênitas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, Brasil

A coartação da aorta (CoA) é definida como estreitamento da aorta torácica descendente na região justaductal, geralmente após a origem da artéria subclávia esquerda, que resulta em obstrução variável ao fluxo sanguíneo sistêmico⁽¹⁾. Em adultos, a lesão clássica é de uma obstrução focal e bem localizada. Entretanto, lesões mais longas e graus variáveis de hipoplasia do arco e istmo aórtico podem estar presentes^(1,2). A valva aórtica é bicúspide em 60-80% dos casos e outras lesões como estenose subaórtica, comunicação interventricular e dismorfismos da valva mitral podem estar associadas. Uma ampla rede de colaterais é geralmente observada^(1,2).

A história natural da doença não tratada mostra que a média de vida é reduzida à cerca de 35 anos devido a infarto do miocárdio precoce, endarterite, acidente vascular cerebral, dissecação de aorta e insuficiência cardíaca⁽¹⁾. A CoA tem indicação de tratamento quando o gradiente braço/perna encontra-se acima de 20mmHg em repouso. Pacientes com gradientes menores, mas portadores de hipertensão arterial significativa, ampla rede de colaterais, hipertrofia ou disfunção ventricular progressiva, também devem ser tratados⁽¹⁾. As

opções de tratamento incluem a cirurgia, angioplastia com balão ou implante de stent.

Segundo recomendação da *American Heart Association*, a melhor forma de tratamento para a coartação nativa do adulto permanece controversa. Nos casos recorrentes, é consenso que o tratamento percutâneo seja seguro e efetivo, sendo preferido à abordagem cirúrgica, especialmente se não há a formação de grandes aneurismas adjacentes⁽¹⁾.

Nos casos de CoA nativa localizada do adulto, pode-se realizar a angioplastia primária com balão ou implante de stent. Esta última abordagem produz resultados mais uniformes e previsíveis^(2,3) e tem sido preferida na literatura. Lesões mais discretas, longas e tubulares ou muito tortuosas não costumam responder bem ao balão isolado, sendo preferível o implante de stent^(2,3). A recoartação pós cirúrgica é tratada por meio da angioplastia com balão, com ou sem implante de stent. A cirurgia estaria reservada apenas para os pacientes que não respondem bem à terapêutica percutânea⁽¹⁾. O método é geralmente seguro, com porcentagem de sucesso semelhantes à abordagem cirúrgica⁽²⁻⁸⁾. O sucesso terapêutico é definido

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

como gradiente sistólico residual imediato abaixo de 20mmHg⁽²⁻⁸⁾. Apesar de ter sido sugerido que gradientes residuais acima de 10mmHg implicariam em maior risco de recoartação⁽⁶⁾, este fato não foi comprovado, em grande estudo multicêntrico recente⁽⁵⁾. Apesar de levar a quase abolição do gradiente, o implante de stents pode estar associado a complicações vasculares no local de punção, técnicas (ruptura de balões ou migrações do stent) e da parede da aorta^(9,10). Tais complicações estão associadas a curva de aprendizado⁽⁹⁾.

A técnica com balão produz uma lesão teoricamente controlada nas camadas íntima e média da aorta. Por outro lado, o controle desta lesão é imprevisível, podendo chegar à camada adventícia. Além disto, pode ocorrer recolhimento elástico do vaso após o esvaziamento do balão, o que levaria a taxas variáveis de aneurisma e recoartação, respectivamente. Para que se obtenham maiores taxas de sucesso, a lesão ideal para esta abordagem deve ser a CoA localizada, mais simétrica e com istmo aórtico de calibre normal, ou próximo ao normal⁽²⁻⁸⁾.

A angioplastia da aorta com implante de stent apesar de tecnicamente mais trabalhosa⁽⁹⁾, tem excelentes resultados e é, em alguns centros (como no nosso), o tratamento percutâneo de escolha no adulto^(2,3). É a modalidade de eleição nas lesões segmentares, nas mais discretas, nas tortuosas e nas que apresentam recolhimento elástico refratárias ao tratamento com balão^(2,3). Apesar das taxas de sucesso imediato serem semelhantes entre as duas técnicas na lesão localizada, os resultados de seguimento parecem ser melhores com o stent que

com o balão, com índices de recoartação e formação de aneurismas menores⁽³⁾.

Os stents balão-expansíveis são praticamente os únicos utilizados para o tratamento da coartação^(2,8). Devem ser preferencialmente flexíveis, de baixo perfil, de grande força radial e com bordas atraumáticas para evitar lesão à parede do vaso adjacente e perfuração do balão. Além disto devem ser dilatáveis até 20-25 mm, que é o diâmetro da aorta de um adulto. Infelizmente nenhum stent disponível reúne todas estas características. O Palmaz Genesis® da série 14 (*Johnson and Johnson Interventional Systems Co., New Jersey, USA*) tem grande força radial, porém é rígido e tem bordas pontiagudas. Apesar disto, não costuma trazer problemas no tratamento da CoA. O stent Cheatham-Platinum® (*NuMED, Nicholville, NY, USA*) com estrutura de platina em “zig-zags” tem ótima força radial, navegabilidade e visibilidade à fluoroscopia. Apesar de suas bordas mais arredondadas, também é um stent rígido. A possibilidade de ocorrência de fraturas, presentes na primeira versão, foi corrigida após a introdução das soldas de ouro entre suas hastes. Há também o stent Maxi LD® (EV3), expansível até 25mm, com desenho de células abertas e maior flexibilidade. Ainda é necessária comprovação da manutenção de sua força radial quando expandido acima de 20mm^(2,8). Todos os stents acima apresentam taxa de encurtamento significativa quando expandidos até seus diâmetros máximos. A utilização do balão BIB permite um maior controle na liberação dos stents⁽¹¹⁾. Alguns recomendam a utilização de manobras para redução do débito cardíaco como o “*overdrive pacing*”, especialmente se a lesão estiver localizada

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

no arco ou houver insuficiência aórtica importante⁽¹²⁾. Neste sentido, alguns casos ocasionais de CoA localizada no arco também podem ser abordadas com segurança e eficácia com stents^(12,13).

Alguns pacientes apresentam uma ou mais características que isoladas ou em combinação favorecem o aparecimento de complicações da parede da aorta como dissecções e formações de aneurismas. Entre estes fatores de riscos se encontram lesões muito estreitas ou subatréticas, idade acima de cerca de 30 anos, presença de valva aórtica bicúspide com aorta ascendente aneurismática, ectasia da aorta descendente, irregularidades parietais da aorta ou pequenos aneurismas adjacentes à lesão⁽¹⁴⁾. Nestas situações e quando há um canal arterial associado, o implante de um stent coberto tem sido indicado e provavelmente tem contribuído para reduzir a ocorrência de complicações da parede da aorta^(14,15). Entre os stents cobertos balão-expansível encontram-se o Advanta V12® (Atrium) e o Covered Cheatam-Platinum® (CCP), ambos revestidos de politetrafluoretileno expansível, o primeiro tanto em sua porção interna como externa e o segundo em sua porção externa seguro com adesivos biodegradáveis^(14,15). O stent Atrium V12® tem a vantagem de possuir menor perfil e ajustar-se melhor ao contorno do vaso por ter uma malha metálica de células abertas⁽¹⁵⁾. Entretanto, apresenta grau maior de recolhimento elástico, necessitando ser discretamente superdimensionado. Recomenda-se que seja pós-dilatado de forma gradual a fim de evitar rupturas na sua cobertura⁽¹⁵⁾. Ainda há questionamentos sobre sua força radial. Uma vez implantado, o stent revestido

deve estar completamente aposto à parede proximal do vaso. Assim, reduzem-se os riscos de dissecção e formação de aneurisma, forçando ao fluxo sanguíneo a passar pelo interior da prótese. Por outro lado, torna-se difícil, senão impossível, atingir a aposição completa do stent contra as paredes da aorta na região da dilatação pós-estenótica, geralmente permanecendo graus variáveis de fluxo sanguíneo retrógrado entre a prótese e o vaso neste local. Apesar do aspecto estético sub-ótimo, este fato, isoladamente, não implica em riscos adicionais de complicações. Pelo contrário: provavelmente a pós dilatação agressiva nesta área pode lesar a parede aórtica na região pós-estenótica que já é comprometida histologicamente com um padrão de necrose cística da média.

Quando se utiliza um stent coberto, cuidado deve ser tomado para que ramos arteriais adjacentes à lesão não sejam ocluídos pelo stent revestido, principalmente a artéria subclávia esquerda. No caso de uma possível migração do stent, este deve ser implantado na aorta descendente em região abaixo da vértebra T9, de onde geralmente se origina a artéria espinhal, obviamente tomando o cuidado de também não ocluir ramos abdominais (mesentéricas) e renais^(2,14,15). No caso de necessidade de implante em região onde inevitavelmente haverá oclusão da artéria subclávia esquerda (ex: aneurisma contralateral), a malha do stent pode ser perfurada e dilatada posteriormente com balão, com restabelecimento do fluxo local.

Apesar da necessidade do uso de bainhas de maior perfil (9-14F) para implante dos stents para CoA, é incomum a ocorrência de lesão vascular grave no

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

local de punção em adutos⁽⁹⁾. No caso da formação aguda ou durante o seguimento de aneurismas, estes podem ser excluídos percutaneamente por meio de implante de um *stent-graft* auto-expansível^(8,14,16).

O seguimento ambulatorial de todos os pacientes tratados é obrigatório, com realização de exames de imagem (angiotomografia ou ressonância nuclear magnética) agendados entre seis e doze meses após o implante com o objetivo de detectar

possíveis complicações silenciosas da parede da aorta, como dissecções e aneurismas⁽¹⁰⁾. Provavelmente estes exames devem ser repetidos a cada 3-5 anos, mesmo se os achados forem inicialmente normais⁽¹⁾. O tratamento antihipertensivo deve ser mantido até que os níveis pressóricos se normalizem, sabendo que a melhora é gradual e, em uma parcela dos pacientes, algum grau de hipertensão arterial permanecerá, necessitando do uso de medicações para o resto da vida^(2,3,5) ●

Conflito de interesse: Serviço de consultoria para Bioassist e Biomedical (NuMed e Atrium em Brasil).

Bibliografia recomendada:

1. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, del Nido P, Fasules JW, Graham TP Jr, Hijazi ZM, Hunt SA, King ME, Landzberg MJ, Miner PD, Radford MJ, Walsh EP, Webb GD. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease). *Circulation*. 2008;118:e714–e833.

CONTINUA »

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são responsabilidade da empresa patrocinadora.



Three Ways to Prescribe Your Stent Therapy

Each of our stents offers a unique balance of efficacy, safety and deliverability. The result is a range of solutions that enables you to meet the specific clinical needs of your patients.



Driver BMS

Sprint
Endeavor DES

Endeavor
Resolute DES

www.medtronic.com

For distribution only in markets where Endeavor Resolute stent has been approved.
© 2009 Medtronic, Inc. All rights reserved. Printed in LA. UC200902161EE 1/09

ADDRESSING THE SPECTRUM OF CLINICAL NEEDS

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

2. Pilla CB, Fontes VF, Pedra CAC. Stenting for aortic coarctation. *Expert Rev Cardiovasc Therapy* 2005; 3: 879-890.
3. Pedra CAC, Fontes VF, Esteves CA, Pilla CB, Braga SLN, Pedra SRF, Santana VT, Silva MAP, Almeida T, Sousa EMR. Stenting vs. Balloon angioplasty for discrete unoperated coarctation of the aorta in adolescents and adults. *Catheter Cardiovasc Interv* 2005; 64: 495-506.
4. Wong D, Benson LN, Arsdell GSV, Karamlou T, McCrindle BW. Balloon angioplasty is preferred to surgery for aortic coarctation. *Cardiol Young* 2008; 18: 79-88.
5. Holzer R, Qureshi S, Ghasemi A, Vincent J, Sievert H, Gruenstein D, Weber H, Alday L, Peirone A, Zellers T, Cheatham J, Slack M, Rome J. Stenting of aortic coarctation: acute, intermediate, and long-term results of a prospective multi-institutional registry – congenital cardiovascular interventional study consortium (CCISC). *Catheter Cardiovasc Interv* 2010; 76(4):553-63.
6. Zabal C, Attie F, Rosas M, Buendia-Hernández A, Garcia-Montes JA. The adult patient with native coarctation of the aorta: balloon angioplasty or primary stenting? *Heart* 2003; 89: 77-83.
7. Golden AB, Hellebrand WE. Coarctation of the aorta: stenting in children and adults. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007; 69: 289-299.
8. Neves J, Fraga V, Silva R, Pilla CB, Esteves CA, Braga SLN, Nunes G, Fontes VF, Pedra CAC. Uso de stents no tratamento da coarctação da aorta. *Rev Bras Cardiol Invas* 2005; 13(3): 153-166.
9. Forbes TJ, Garekar S, Amin Z, Zahn EM, Nykanen D, Moore P, Qureshi S, Cheatham J, Ebeid M, Hijazi Z, Sandhu S, Hagler D, Sievert H, Fagan T, Ringwald J, Du W, Tang L, Wax D, Rhodes J, Johnston TA, Jones T, Turner D, Pedra CAC, Hellenbrand W. Procedural Results and Acute Complications in Stenting Native and Recurrent Coarctation of the Aorta in Patients Over 4 Years of Age: A Multi-Institutional Study. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007; 70: 276-285.
10. Forbes TJ, Moore P, Pedra CAC, Zahn E, Nykanen DG, Amin Z, Garekar S, Teitel D, Qureshi SA, Cheatham JP, Ebeid MR, Hijazi ZM, Sandhu S, Hagler DJ, Sievert H, Fagan TE, Ringwald J, Du W, Tang L, Wax DF, Rhodes J, Johnston TA, Jones TK, Turner DR, Pass R, Torres A, Hellenbrand WE. Intermediate Follow-Up Following Intravascular Stenting for Treatment of Coarctation of the Aorta. *Cath Cardiovasc Interv* 2007; 70: 569-577.
11. Cheatham JP. Stenting of coarctation of the aorta. *Catheter Cardiovasc Interv* 2001; 54: 112-125.
12. Holzer RJ, Chisolm JL, Hill SL, Cheatham JP. Stenting Complex Aortic Arch Obstructions. *Cath Cardiovasc Interv* 2008; 71: 375-382.
13. Pihkala J, Pedra CA, Nykanen D, Benson LN. Implantation of endovascular stents for hypoplasia of the transverse aortic arch. *Cardiol Young* 2000; 10: 3-7.
14. Pedra CAC, Fontes VF, Esteves CA, Arrieta SR, Braga SLN, Justino H, Kambara AM, Moreira SM, Sousa JER. Use of covered stents in the management of coarctation of the aorta. *Pediatr Cardiol* 2005; 26: 431-439.
15. Bruckheimer E, Birk E, Santiago R, Dagan T, Esteves C, Pedra CAC. Coarctation of the aorta treated with the Advanta V12 large diameter stent: acute results. *Catheter Cardiovasc Interv* 2010; 75: 402-406.
16. Kenny D, Margey R, Turner MS, Tometzki AJ, Walsh KP, Martin RP. Self-expanding and balloon expandable covered stents in the treatment of aortic coarctation with or without aneurysm formation. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008; 72: 65-71.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são responsabilidade da empresa patrocinadora.

El Direct-Stent[®] Stent Graft

O Dispositivo de apoio ideal para...

Rupturas
Dissecções
Fistulas
Aneurismas



InSitu
Technologies[®] Inc.
Extending Life and Improving Health[™]
www.insitu-tech.com

Para a sua
Paz de Espírito...



APRESENTAÇÃO DE CASOS

Cianose persistente pós-anastomose cavopulmonar (cirurgia de Glenn)

//

Dr. Alejandro Peirone, Dr. Marcelo CabreraSeção de Cardiologia Pediátrica, Hospital Privado de Córdoba
Argentina

Trata-se de uma paciente de 5 anos com diagnóstico de atresia tricúspide, comunicação interventricular, discordância ventrículo-arterial e comunicação interatrial (CIA) restritiva do tipo *ostium secundum*. Quando tinha dois meses de vida foi submetida a uma ampliação bem-sucedida da CIA utilizando um *cutting balloon* e posteriormente dilatação com balão convencional⁽¹⁾. Três meses mais tarde, foi realizada uma cirurgia paliativa que consistiu em um *switch* paliativo com amputação do tronco da artéria pulmonar e anastomose cavopulmonar ou cirurgia de Glenn. Após a cirurgia persistiram as saturações periféricas marginalmente aceitáveis (63% respirando ar ambiente), e apesar de uma extensa avaliação não invasiva que incluiu ecocardiografia Doppler em cores, não foi possível detectar a origem da dessaturação⁽²⁾. É por isso que foi derivada para a nossa instituição para a realização de um cateterismo cardíaco combinado para diagnóstico onde foi detectada uma persistência da Veia Cava Superior Esquerda (VCSE) com drenagem no seio coronário (Figura 1). Decidiu-se ocluí-la utilizando



Figura 1: Angiografia na projeção anteroposterior que mostra uma anastomose de Glenn com funcionamento normal, com ramos pulmonares confluentes de bom calibre e arborização distal adequada. Observa-se persistência da VCSE drenando no seio coronário com opacificação do átrio direito

um dispositivo de Amplatzer® Vascular Plug versão II (AGA Medical, Minneapolis, EUA) com bom resultado⁽⁴⁾ (Figura 2). O diâmetro mínimo da VCSE

APRESENTAÇÃO DE CASOS

era de 6mm e foi utilizado um dispositivo de 12mm de diâmetro colocado através de uma bainha de 6F desde o átrio direito através do seio coronário, enquanto era controlada a posição, as pressões e a ocorrência de curtos-circuitos residuais com um cateter para propósitos múltiplos colocado por via jugular interna direita e alojado na veia inominada. A pressão no circuito de Glenn não foi modificada significativamente antes e após a oclusão do defeito. A saturação periférica aumentou até 88% respirando ar ambiente. Durante o acompanhamento, foi completada uma anastomose bicavopulmonar ou cirurgia de Fontan–Kreutzer com tubo extracardíaco sem eventualidades, aos 4 anos de idade.

A persistência da VCSE com drenagem no seio coronário apresenta uma incidência de 0,3% na população geral e de, aproximadamente, 3 a 10% dos pacientes com cardiopatias congênitas⁽³⁾. Em 90% dos casos drena no átrio direito através do seio coronário; nos outros pacientes, pode drenar diretamente no átrio esquerdo⁽⁴⁾ ou ter um seio coronário sem teto ou raramente atrésico⁽⁵⁾. Em pacientes com fisiologia cardíaca univentricular, os candidatos para a realização da anastomose cavopulmonar ou cirurgia de Glenn, devem ter descartada a presença de VCSE, uma vez que obrigaria a fazer uma cirurgia cavopulmonar bilateral, conforme a presença ou não da veia inominada. Nesta nova fisiologia, o sangue proveniente da região cefálica e dos membros superiores drena totalmente na artéria pulmo-

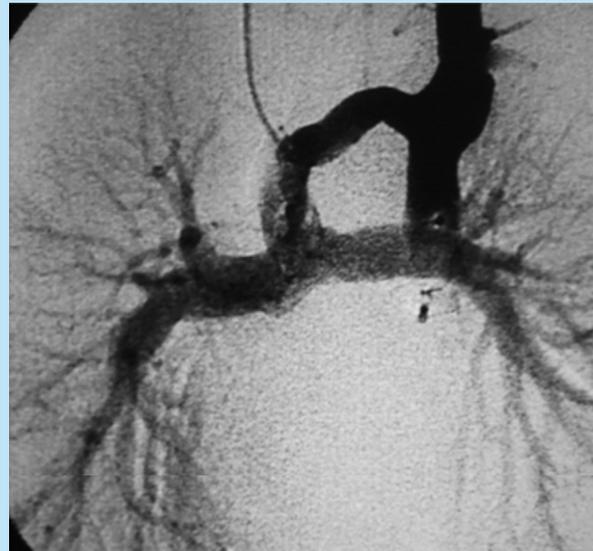


Figura 2: Angiografia em projeção anteroposterior que evidencia o tampão vascular Amplatzer® *in situ* liberado no terço médio da VCSE com oclusão completa

nar evitando a mistura com a circulação sistêmica. Se houver uma VCSE patente, como em nosso caso, o sangue desoxigenado irá drenar através do seio coronário no AD, incrementando a cianose periférica e a possibilidade de embolia sistêmica. Por isso, na confirmação deste diagnóstico, realizou-se a oclusão desta estrutura vascular, com um incremento significativo da saturação periférica de oxigênio após a intervenção⁽⁶⁾. A seleção do material para realizar o fechamento, que inclui *coils* e dispositivos, está baseada na anatomia e o tamanho do vaso a ser ocluído. A utilização de *coils* neste paciente foi descartada, já que a técnica de implante e o desenho destes últimos podem se complicar com a liberação em posições indesejadas e/ou embolização, além

APRESENTAÇÃO DE CASOS

da eventual necessidade de utilizar múltiplos coils com persistência de curtos-circuitos residuais depois do implante. O tampão vascular Amplatzer® de nifinol, autoexpansível e reposicionável antes da liberação, colocado através de bainhas de baixo perfil, foi facilmente adaptado à estrutura vascular.

Um dispositivo com um diâmetro 100% superior ao diâmetro inicial do vaso foi implantado na VCSE, com oclusão imediata, sem persistência de curtos-circuitos residuais ●

Conflito de interesse: None

Bibliografia recomendada:

- 1- Peirone A, Guevara A, Juaneda E, Spillmann A, Alday L. Uso del balón con cuchillas para la ampliación de una comunicación interauricular restrictiva. Rev Argent Cardiol. 2008; 76: 145-147.
- 2- Gatzoulis MA, Shinebourne EA, Redington AN, Rigby ML, Ho SY, Shore DF. Increasing cyanosis early after cavopulmonary connection caused by abnormal systemic venous channels. Br Heart J. 1995; 73: 182-186.
- 3- Freedom RM, Mawson JB, Benson LN. Persistence of the Left Superior Vena Cava and Related Anomalies. Congenital Heart Disease: Textbook of Angiocardiography. 1997; 299-303.
- 4- Abadir S, Bouzguenda I, Boudjemline Y, Agnoletti G. Percutaneous occlusion of a left superior vena cava draining into the left atrium: two case reports. Arch Mal Coeur Vaiss. 2007;100: 470-473.
- 5- Peirone AR, Alday LE, Freedom RM. Atresia of the coronary sinus orifice with persistence of the left superior caval vein. Cardiol Young. 2005; 15: 367.
- 6- Seghaye MC, Wainwright U, von Bermuth G. Use of an Amplatzer ductal occluder to close a persistent left superior caval vein which reopened after a total cavopulmonary anastomosis. Cardiol Young. 2002 ;12 :81-83.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são responsabilidade da empresa patrocinadora.

Recubrimiento Abluminal totalmente reabsorbido después de 6-9 meses*

BIOMATRIX™

DES CON POLÍMERO BIODEGRADABLE ABLUMINAL

Seguridad demostrada del DES con polímero biodegradable abluminal

Probada eficacia de la droga Biolimus A9™

Flexibilidad demostrada gracias al diseño de stent avanzado



*Datos en archivo - peso molecular <10kDa

Nuestros representantes en América Latina:

Argentina	TECNOLOGY · www.technology.com.ar
Brazil	BIOASSIST · www.bioassist.com.br
Caribe	MARTEC MEDICAL CARIBBEAN GROUP, S.A. martec.caribeangroup@gmail.com
Colombia	WORLD MEDICAL · www.worldmedical.com.co
Chile	ARLAB · www.arlab.cl
Costa Rica	ALFACOR PROVEDORES DE EQUIPO alfacor7@gmail.com
Guatemala	SEMICOM SA · www.semicomsa.com
Mexico	SEYSA MEDICAL · nora29098@hotmail.com
Panama	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com
Peru	PHS · carlosvasquezvargas@phsupply.com
Uruguay	SANYFICO S.A · sanyfico@movinet.com.uy
Venezuela	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com

BioMatrix™ sistema de stent coronario de elución de fármaco está aprobado por CE. No está a la venta en los Estados Unidos y algunos otros países. © 2010 Biosensors International Group, Ltd. Todos los derechos reservados. BioMatrix y Biolimus A9 son marcas del Biosensors International Group, Ltd.

1.0673.000.ES - Rev.01

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. José Roberto Murillo Beteta, Cardiologista Intervencionista do Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Peru

Resultados após 12 meses da dose de ataque de Rosuvastatina antes do intervencionismo coronário na síndrome coronária aguda

Kyeong Ho Yu et al. International Journal of Cardiology 2011, vol 146, pag 68-72.

O benefício das estatinas na síndrome coronária aguda é bem conhecido. Alguns anos atrás seu uso começou a ser avaliado antes do intervencionismo coronário (estudo Armyda) na angina estável, mostrando diminuição do infarto durante o procedimento e, mais tarde, o estudo Armyda-ACS, demonstrou uma diminuição significativa dos MACE após 30 dias, basicamente, pela diminuição dos infartos durante o procedimento.

Este trabalho é o primeiro a avaliar os resultados após 12 meses da dose de ataque com estatinas antes do intervencionismo coronário na síndrome coronária aguda sem elevação do ST. Foram excluídos os pacientes que recebiam ou tinham recebido estatinas; 445 pacientes foram randomizados em dois grupos, um para receber 40mg de Rosuvastatina antes do intervencionismo coronário e outro de controle. Todos receberam uma dose de ataque de 300 mg de Aspirina e 300mg de Clopidogrel; após o procedimento todos continuaram com 200mg de Aspirina, 75mg de Clopidogrel e 10mg de Rosuvastatina.

O objetivo primário foi determinar a incidência de MACE após 12 meses. O critério de avaliação primário foi significativamente maior no grupo de controle (20,5%

vs. 9,8%; $p=0,002$). Também foi significativamente maior no primeiro mês ($p=0,01$) e do mês 1 ao 12 ($p=0,026$). A diferença foi causada basicamente por um menor número de revascularizações no grupo que recebeu Rosuvastatina (6,2% vs. 11,4%; $p=0,055$). As curvas de Kaplan-Meier mostram que também o critério combinado de morte e infarto não fatal foi significativamente menor no grupo de Rosuvastatina (HR 3,71; $p=0,021$). Na análise multivariável, a dose de ataque de Rosuvastatina foi um fator independente de redução de risco de MACE após 12 meses, e o infarto durante o procedimento foi um fator preditor para MACE. Os autores concluem que o uso de uma dose de ataque alta de Rosuvastatina, antes do intervencionismo coronário na síndrome coronária aguda sem elevação do ST, melhora os resultados no longo prazo, possivelmente pela inibição da resposta inflamatória durante o procedimento ●

Conflito de interesse: None

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

Entrevista com Dr. Oscar Mendiz

Tratamento endovascular da aorta torácica



//

Dr. Oscar MendizChefe do Departamento de Cardiologia Intervencionista da Fundação Favaloro
Buenos Aires, Argentina

1. Que método o senhor utilizaria para realizar o diagnóstico de uma síndrome aórtica aguda da aorta torácica, visando o tratamento endovascular?

A angiotomografia helicoidal de múltiplos cortes, especialmente a de 64 detectores, com contraste intravenoso e reconstrução 3-D, me parece o melhor método de aproximação para uma síndrome aórtica aguda. Na maioria dos casos, permite fazer o diagnóstico e planejar uma estratégia de tratamento.

2. Como o senhor abordaria tecnicamente um aneurisma que compromete o cajado aórtico, em um arco tipo III?

Sugiro analisar caso por caso. Em aqueles onde existe um aneurisma na parte distal do cajado e existe um colo entre a carótida primitiva e o aneurisma, é possível e temos realizado alguns implantes diretos com dispositivos de liberação proximal controlada com bons resultados (não para o início de uma experiência). De não ser assim, sugiro pensar em cirurgia ou em uma estratégia híbrida ("debranching" e depois um *stent graft*).

3. O senhor acha que os tratamentos híbridos são a solução para a patologia da aorta torácica que compromete os vasos supra-aórticos?

Me parece uma boa solução, mas não acredito que seja necessário exagerar. Quando observo algumas séries me parece que são usados mais do necessário. Também não descartaria definitivamente a cirurgia, uma vez que não temos produzido estudos clínicos com evidências que apoiem essa afirmação.

4. Como o senhor realiza o acompanhamento após o tratamento endovascular de um aneurisma de aorta torácica?

Embora atualmente estamos tentando irradiar menos os pacientes, porque muitos deles ainda são jovens, em caso de AAA realizamos eco Doppler. No caso de aneurismas torácicos e dissecações, realizamos tomografia com contraste IV. A sequência sugerida no nosso centro é: após o implante (dentro dos 30 dias), após 6 e 12 meses, e depois anualmente. Acho que se o resultado foi satisfatório, é possível separar um pouco mais.

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

Mesmo que a angiotomografia é superior, uma TAC axial aporta a maioria dos dados quando não existem complicações; e quando elas existem, é necessária uma reconstrução 3-D.

5. O tratamento endovascular pode modificar a história natural da dissecação tipo B de Stanford?

Acredito que sim, especialmente na situação aguda, mas não temos sido capazes de prová-lo com contundência, talvez porque nos registros patrocinados pela indústria e nos estudos randomizados foram incluídos pacientes que não representam o total da população ●

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os artigos comentados neste número.

Escreva para: proeducar@solaci.org

Conflito de interesse:

Financiamento em pesquisa e conselho assessor do Cordis

Financiamento em pesquisa de BSCI

Honorários recebidos da Eli Lilly como palestrante

Empresa familiar: Medikar SA Argentina



SOLACI '11
SANTIAGO DE CHILE

Actividad pre-congreso
2 de Agosto de 2011

II Curso "José Gabay" para Intervencionistas en Entrenamiento de ProEducar-SOLACI

Director: Dr. Hugo F. Londero - Directores asociados: Dr. Ari Mandil y Dr. Leandro I. Lasave

Concurso sobre uso de las Redes Sociales en Cardiología Intervencionista

Estamos invitándolos a enviar proyectos que se basen en la aplicación de las Redes Sociales más conocidas a la Cardiología Intervencionista. Este proyecto deberá estar estructurado de la siguiente manera para su consideración:

- Introducción sobre el objetivo del trabajo
- Aplicabilidad del proyecto
- Implementación
- Herramientas para el control del contenido

El autor ganador obtendrá el viaje a un congreso internacional

Concurso de Casos para Discusión

Los invitamos a enviar casos en los que se utilizó una técnica innovadora, se abordaron situaciones clínicas o anatómicas no habituales o se encontró solución a una complicación en las áreas de 1) Diagnóstico por imágenes en Cardiología Intervencionista 2) Lesiones de tronco Coronaria Izquierda y Bifurcaciones 3) Tratamiento Endoluminal de las Valvulopatías y 4) IAM, Acceso Radial y otros.

El autor principal de los casos seleccionados obtendrá la inscripción al Congreso, el viaje en clase económica y la estadía durante los días del Congreso



Este curso es posible gracias al aporte educativo irrestricto de Abbott Vascular.

Ver requisitos, forma de envío, bases y condiciones en la web del congreso SOLACI 2011

www.solacicongress.com