



COMITÊ EDITORIAL

Dr. Hugo F. Londero
Dr. Expedito Ribeiro
Dr. Alejandro Martínez
Dr. José Manuel Gabay
Dr. Fernando Cura

Dr. Ricardo Sarmiento
Dr. Dionisio Chambré
Dr. Sergio Brieua
Dr. Alejandro Cherro

Secretária
Mercedes Boero

Desenho Gráfico
Florescia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. Hugo F. Londero **02** [VER ▶](#)

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções cardíacas: Dr. Marcelo Casey

“Resistência aos fármacos antiplaquetários. Diagnóstico e tratamento” **03** [VER ▶](#)

Intervenções Extracardíacas: Dr. Ricardo García Mónaco

“Angioplastia dos acessos de diálise” **06** [VER ▶](#)

APRESENTAÇÃO DE CASOS: **08** [VER ▶](#)

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **10** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **10** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **11** [VER ▶](#)

EU FARIA ASSIM:

Opinião do Dr. Ari Mandil

Caso: “Revascularização da femoral superficial” **12** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. Hugo F. Londero



//
Dr. Hugo F. Londero
Diretor ProEducar

Em outubro de 2005, iniciamos o Programa Educativo de SOLACI-ProEducar- com o primeiro número deste Boletim Educativo.

Até hoje, já publicamos nove fascículos, atingindo a continuidade no tempo e no conteúdo que prometemos manter.

Consolidamos o nosso primeiro passo e estamos nos preparando para o segundo:

Durante o Congresso da SOLACI em Porto Alegre (18 a 21 de Julho de 2006) gravamos o áudio e o vídeo das conferências mais importantes dos convidados estrangeiros, cujas imagens serão editadas e traduzidas com locução em espanhol e português.

Depois de cada conferência, haverá uma Mesa Redonda com a participação de um grupo de especialistas da América Latina que farão comentários e darão sua opinião sobre o assunto da conferência.

Um Fórum de Debate posterior permitirá aos membros da SOLACI fazer perguntas ou discutir o conteúdo com os especialistas.

Assim, todos os meses será anunciada, via e-mail, uma nova conferência com acesso desde a Internet. Uma produção profissional permitirá ter imagens e som de excelente qualidade.

As conferências serão arquivadas na Página Web da SOLACI para posteriores consultas.

Planejar e executar esta nova atividade e o Boletim, ou as outras novidades que planejamos empreender no futuro, levam muito tempo e dedicação.

O esforço do grupo completo de ProEducar (médicos, secretária, designer, produtores) e da indústria que contribui com os meios para financiar estas atividades, ver-se-á recompensado se esses pequenos sucessos forem úteis para aumentar os conhecimentos dos membros da SOLACI.

Dr. Hugo F. Londero
Diretor ProEducar

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções cardíacas

Resistência aos fármacos antiplaquetários. Diagnóstico e tratamento



//
Dr. Marcelo Casey
Hematologista
Clínica Olivos. FLENI. Instituto
Médico de Alta Complexidade
Buenos Aires, Argentina.

Os agentes antiplaquetários são uma das classes terapêuticas mais utilizadas no mundo, e a cardiopatia isquêmica é uma de suas indicações mais importantes.

A última revisão do uso dos agentes antiplaquetários (*Antiplatelets Antithrombotic Trialists*) demonstrou que sua utilização na doença aterosclerótica vascular reduz em um terço a taxa de novo IAM, um quarto a taxa de AVC e um sexto a taxa de mortalidade.

Ninguém duvida do uso destes agentes na cardiologia intervencionista: AAS para todos e por tempo indefinido, clopidogrel só por 30 dias no contexto de uma ATC programada com um stent metálico, 9 a 12 meses no caso de uma síndrome isquêmica ou um stent eluidor de drogas, inibidores da glicoproteína IIb IIIa nas síndromes isquêmicas sem ST de alto risco ou nos casos selecionados de síndromes com ST.

Além da importante redução de risco atingida com estes fármacos, existe um limite para a redução de eventos isquêmicos associada com eles e uma das prováveis razões argumentadas é o fenômeno denominado resistência aos antiplaquetários.

Sem dúvida, é um dos temas mais publicados na bibliografia atual e onde se juntam motivos de interesses criados, como foi mencionado aproximadamente um mês atrás no *Wall Street Journal*, em referência aos interesses da indústria farmacêutica e de instrumentos de laboratório como responsáveis deste fenômeno.

Não existe uma definição exata para esse termo, mas a mais correta é uma que mistura termos clínicos e de laboratório: *é a falha na prevenção de eventos clínicos ou no poder de inibição da função plaquetária in vivo ou in vitro associada com o uso de antiplaquetários.*

Além desses prováveis interesses criados, o paciente resistente certamente apresenta um maior porcentagem de eventos clínicos: recentemente, Kabbani demonstrou 40% de eventos isquêmicos associados com este fenômeno na ATC de IAM ou, mais recentemente, Lev evidenciou que estão acompanhados por um maior aumento dos marcadores de miocrose: dado importante que destaca a necessidade de identificar esses pacientes.

As causas são múltiplas e incluem fatores de natureza clínica, celular ou genética, tanto no caso da AAS como do clopidogrel.

Dentro dos principais fatores clínicos aparecem as síndromes isquêmicas agudas, a diabetes, o sexo feminino e a interação com determinados fármacos. Assim, o uso crônico do ibuprofeno pode desencadear uma resistência à AAS ou, no caso do clopidogrel, vista a necessidade de ativação pelo citocromo P 450, a interação com as estatinas lipossolúveis, fenômeno de laboratório ainda sem validação clínica. As causas genéticas são difíceis de estudar e abrangem os polimorfismos ou transtornos dos receptores plaquetários.

Em relação à metodologia de laboratório, ainda não há um método gold padrão, e vemos desde metodologias muito simples, como o tempo de sangramento, até muito complicadas, como a cito-

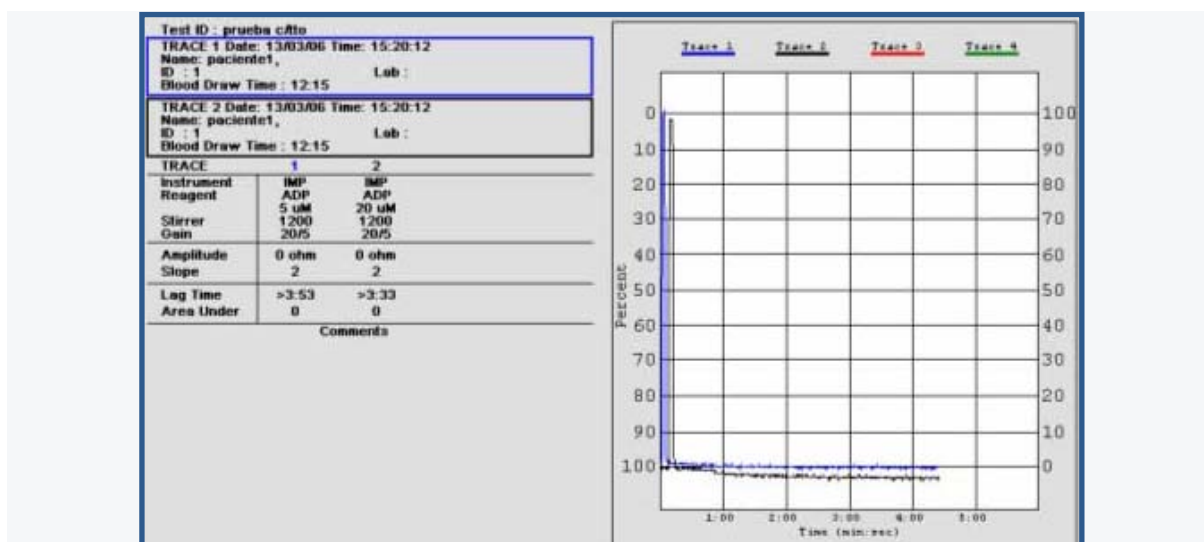
REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

metria de fluxo, mas a metodologia mais usada é a agregometria ou os métodos automáticos de agregometria ou a determinação urinária do 11 dehidrotromboxano B2 para a resistência à AAS testada no ensaio HOPE. A agregometria é, até agora, o melhor método disponível para definir este fenômeno.

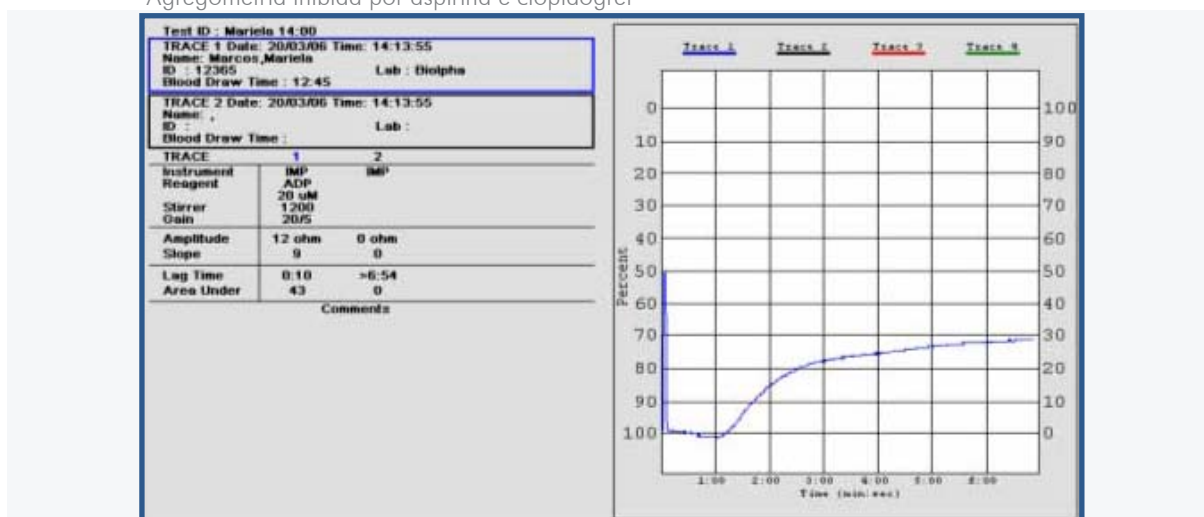
A agregometria pode ser realizada em plasma ou em sangue total, sendo a primeira a mais validada, embora de natureza complicada, e artificial, já que nela as plaquetas são manipuladas em plasma, alterando a fisiologia normal. Em relação à agre-

gometria em sangue total, pode-se deduzir que a interação com os outros elementos leva até resultados de difícil interpretação, mesmo que métodos mais novos como a agregometria em sangue total por impedância, possuam menos limitações, e é a metodologia com a qual iniciamos a nossa experiência clínica há meses atrás.

Na continuação, inclui três gráficos que mostram uma curva normal, uma curva inibida por AAS e clopidogrel e um paciente resistente a ambos agentes que apresentou a oclusão de um stent carotídeo.

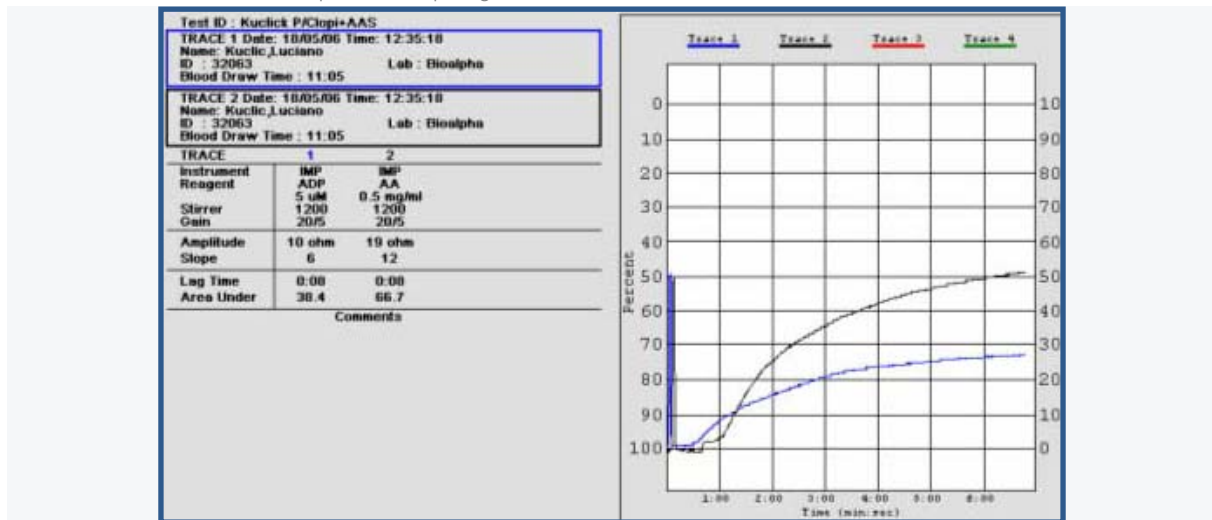


Agregometria inibida por aspirina e clopidogrel



REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Resistência à aspirina e clopidogrel



É difícil determinar a incidência real desse fenômeno utilizando métodos automáticos como ACCUMETRICS (utilizado no ensaio GOLD) que pode atingir até 20%; Serebruaný o detectou em 5 % dos pacientes que recebiam clopidogrel com agregometria em plasma, e Paul Gurbel, sem dúvida, a máxima autoridade no assunto, usou a mesma metodologia e o detectou em 30% dos pacientes que recebiam clopidogrel nas primeiras 24 horas e se reduzia em 15% nos primeiros 30 dias.

Quais são as opções terapêuticas disponíveis para este problema?: Em pacientes nos quais demonstramos resistência à AAS, temos a opção de passar para clopidogrel, e a resistência à clopidogrel é um fenômeno dependente da dose, isso quer dizer que é menor com uma carga de 600 que de 300, e é menor ainda se associamos inibidores da glicoproteína GP IIb IIIa em agudo, como foi demonstrado por Gurbel no estudo CLEAR ou na forma crônica administrando 75mg de clopidogrel a cada 12 horas.

Os novos agentes antiplaquetários na atual fase de estudos clínicos: os compostos orais como Prasugrel em TRITON e AZD 6140 em PLATO, ou os agentes parenterais como CANGRELOR, mostram uma incidência menor deste problema.

Por uma questão lógica de custos, sem dúvida, o

maior desafio que temos é determinar os pacientes candidatos para agregometria plaquetária e, no aguardo de ensaios multicêntricos, deveríamos incluir em uma primeira aproximação, os que percorrem sob uma adequada terapia antiplaquetária ou aqueles com maior morbidade ou mortalidade, como poderiam ser os stents eluidores de drogas; esta experiência clínica individual deveria ser certificada pela evidência de ensaios clínicos.

Conclusões:

- 1- A resistência aos antiplaquetários responde a várias causas e sua definição deve incluir termos clínicos e de laboratório.
- 2- Até hoje, a melhor metodologia de estudo é a agregometria.
- 3- Certamente, é um importante fator de risco, e sua incidência é muito variável.
- 4- Do ponto de vista terapêutico, no aguardo dos novos agentes antiagregantes, a alternativa terapêutica para a resistência à AAS é clopidogrel e o uso de maiores doses de clopidogrel para a resistência ao próprio clopidogrel.
- 5- No futuro, devemos realizar um esforço para definir quais seriam os grupos de pacientes nos quais poderia ser feita a determinação de agregometria plaquetária e agregometria normal.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Extracardíacas

Angioplastia dos acessos de diálise



//

Dr. Ricardo García Mónaco

Professor adjunto UBA, Diagnóstico por Imagens, Presidente da Sociedad Argentina de Radiología, Chefe do Serviço de Diagnóstico por Imagens do Hospital Italiano de Buenos Aires.

A angioplastia dos acessos de diálise constitui uma prática freqüente, cujo objetivo é evitar a trombose e prolongar a permeabilidade dos mesmos. Esta técnica é uma alternativa para a clássica revisão cirúrgica e apresenta uma série de vantagens sobre ela por ser ambulatoria, pouco invasiva, manter o capital venoso e, além do mais, permitir uma diálise imediata utilizando o acesso vascular e evitando a necessidade de colocar um cateter central para diálise temporal dos pacientes.

A angioplastia está indicada nas estenoses maiores de 50% do lúmen dos acessos vasculares (tanto do setor venoso como arterial) sempre que estejam associadas a uma disfunção clínica ou fisiológica do acesso*. A disfunção de um acesso é detectada na avaliação dos pacientes durante as sessões de diálise pela existência de uma hipertensão venosa dinâmica ou estática, diminuição do fluxo sanguíneo, maior tempo de recirculação, edema de membro superior, etc.

Portanto, é evidente que para prevenir a trombose do acesso é fundamental o monitoramento do funcionamento do acesso vascular de forma rotineira e periódica, para detectar as estenoses vasculares precocemente. Na prática clínica, quando é detectada uma disfunção do acesso vascular durante a sessão de diálise, deve se pensar que existe uma anormalidade do acesso vascular (e/ou dos vasos aferentes ou eferentes) pelo que deve ser indicada uma fistulografia com eventual angioplastia.

A fistulografia é realizada por punção direta ascendente do acesso, sob palpação manual, e devendo avaliar angiograficamente o acesso vascular, todos os vasos eferentes (incluindo a veia axilar, a subclávia, o tronco inominado, a cava superior e o átrio direito) e os vasos aferentes (anastomose arterial). Esta última é visualizada com a ajuda de uma compressão externa do fluxo venoso ou com uma nova punção, mas descendente. Habitualmente é utilizado um contraste iodado diluído a 50% com solução fisiológica para realizar a fistulografia, eventualmente CO₂ ou gadolínio em pacientes que mantenham uma função renal residual.

A maioria das vezes, a fistulografia demonstrará uma lesão estenótica do lado venoso, em menos ocasiões do lado arterial. Nesse caso, deve-se trocar a agulha de punção por um introdutor valvulado e introduzir uma guia angiográfica através da estenose com o extremo em uma veia central ou na veia cava. Seguidamente, é realizada a angioplastia (habitualmente com balões de 7 mm em acessos com grafts sintéticos; 10-12 mm em veias centrais) com heparina sistêmica (3000-5000 UI). O controle pós-angioplastia é satisfatório quando a estenose residual é menor a 30% do lúmen*. Não se devem esperar resultados mais satisfatórios (ausência de estenose residual) pelo perigo de ruptura venosa, situação que ocorre com maior freqüência nas estenoses longas ou na veia cefálica. O desaparecimento da circulação colateral venosa após a angioplastia é um excelente indicador de bom resultado hemodinâmico, ainda em presença de estenose residual.

Em ocasiões, as estenoses são muito resistentes à angioplastia, o que requer frequentemente, da utilização de balões de alta pressão (25atm), e até de "cutting balloons". Os resultados esperados da angioplastia são manter, pelo menos durante 6 meses a função

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

normal do acesso vascular em 50% dos pacientes sem novas intervenções, e não precisar uma nova angioplastia a cada 3 meses nos pacientes*.

Os stents não devem ser usados primariamente no tratamento dos acessos vasculares, já que está claramente provado que não produzem melhores resultados que a angioplastia simples e costumam ter um impacto negativo na permeabilidade do acesso a médio prazo. Perante o fracasso de uma angioplastia por estenose residual importante, deverá ser avaliada a possibilidade de uma revisão cirúrgica antes de colocar um stent. A exceção são as estenoses centrais (veia subclávia, tronco inominado) onde o uso do stent está indicado no caso de fracasso de uma angioplastia, uma vez que a cirurgia não parece justificada neste setor anatômico. Nestas veias, somente deve ser colocado um stent primário, em caso de fracasso do tratamento de angioplastia, incluindo as restenoses recorrentes em um período menor a 3 meses*. Os stents autoexpansíveis são os preferidos pela melhor adaptação às veias e sua flexibilidade com os movimentos do membro superior. Quando forem ser utilizados, é importante preservar o orifício de entrada da veia jugular, já que é provável que no futuro os pacientes crônicos precisem da inserção de cateteres centrais jugulares.

Depois de finalizada a angioplastia, deve ser realizada uma compressão externa do local da punção o suficientemente importante para evitar uma hemorragia, mas não muito profunda já que se pode ocluir o acesso vascular. O paciente é enviado imediatamente para diálise para comprovar o resultado funcional do tratamento. É importante lembrar o monitoramento periódico futuro e rotineiro do acesso vascular no centro de diálise, uma vez que a recidiva estenótica é uma regra com o tempo.

Se for bem entendida a anatomia do acesso disfuncional, os pacientes serão corretamente selecionados e será utilizada uma técnica adequada, os resultados

da angioplastia serão bons e as complicações raras.

A ruptura venosa é a complicação imediata mais freqüente, especialmente nas estenoses longas ou na angioplastia da veia cefálica. Nestes casos, a utilização de um balão de angioplastia insuflado durante um tempo prolongado associado a uma compressão manual extrínseca, costuma ser suficiente para coibir a hemorragia. Eventualmente, pode ser colocado um stent autoexpansível para reorientar centralmente o fluxo sangüíneo e reparar a ruptura venosa, se a hemorragia persistir. Os stents cobertos podem ser utilizados, mas habitualmente não são necessários.

A embolização arterial é uma complicação pouco freqüente, mas possível quando é realizada uma angioplastia da anastomose arterial, particularmente nas fístulas nativas (fístulas de Brescia–Cimino). Se a circulação colateral for importante e os êmbolos pequenos, costuma ser assintomática e não há necessidade de tratamento algum. Pelo contrário, em pacientes com circulação colateral pobre ou com sintomas de isquemia, os trombos devem ser extraídos na própria sala de angiografia, sendo a tromboaspiração endovascular o tratamento de eleição.

Em conclusão, a função e a longevidade do acesso vascular dependem da identificação precoce e do tratamento das lesões vasculares hemodinamicamente significativas. Portanto, é imperativo o monitoramento periódico e rotineiro do acesso vascular pelos médicos e as enfermeiras envolvidas no atendimento do paciente em diálise. Isso permite enviar o paciente para realizar a fistulografia, e eventualmente a angioplastia, para evitar a trombose do acesso.

O especialista endovascular deve conhecer em profundidade a fisiopatologia dos acessos de diálise, suas conseqüências hemodinâmicas e anormalidades anatômicas, para oferecer o tratamento de angioplastia adequado que ofereça um benefício aos pacientes com insuficiência renal em tratamento de diálise.

* Normas NFK-DOQI :
National Kidney Foundation (USA) Dialysis Outcomes Quality Initiative

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Dissecção de raiz aórtica não aguda e estenose séria do tronco da coronária esquerda em paciente octogenário portador de DPOC. Auxílio de métodos percutâneos para o tratamento de um caso de extrema gravidade

//

Tarbine Sergio; Costantini Costantino O; Darwich Rubens; Freitas Marcelo, Denk Marcos; Costantini Costantino R.

Serviço de Hemodinâmica, Hospital Cardiológico Costantini; Fundação Francisco Costantini Curitiba, Paraná, Brasil.

Paciente de 82 anos, admitido em 21/11/2005 com diagnóstico de equivalente anginoso, apresentando dispnéia progressiva há 6 meses. Ex-tabagista, dislipêmico, portador de DPOC, medicado com digoxina e furosemida, encaminhado para realização de cateterismo cardíaco. A manometria mostrava aumento da pressão diastólica final no ventrículo esquerdo (120/12/22 mmHg).

Coronariografia:

- 1) Coronária direita com irregularidades e tortuosidades.
- 2) Coronária esquerda: lesão suboclusiva do óstium do tronco; Descendente anterior: obstrução de 70% distal ao ramo diagonal, com obstrução de 60%; Circunflexa com irregularidades.
- 3) Ventrículografia esquerda que mostra um aumento do volume sistólico final, causado pela hipoquinesia antero-apical e septal anterior grave. Havia também dilatação séria de raiz aórtica.
- 4) Aortografia: dilatação e dissecção da aorta ascendente que compromete a origem de tronco braquiocéfálico, artéria carótida comum esquerda e artéria subclávia esquerda, normalizando o calibre da aorta descendente e abdominal.

A radiografia de tórax de 22/11/2005 mostrava um infiltrado intersticial difuso bilateral, aumento da área cardíaca, tortuosidade e ectasia aórtica, e velamento

dos seios costo-diafragmáticos. A espirometria mostrou alterações ventilatórias restritivas moderadas, com teste broncodilatador positivo. Apresentava também uma disfunção renal leve a moderada com creatinina plasmática de 1,7mg/dl.

O ecocardiograma de 23/11/2005 mostrou aumento do ventrículo esquerdo com disfunção sistólica importante. Aumento do átrio esquerdo, aneurisma de aorta ascendente, insuficiência aórtica leve, insuficiência mitral leve-moderada, insuficiência tricúspide leve e hipertensão pulmonar.

Devido ao estado geral e a doença pulmonar, foi contra-indicado o tratamento cirúrgico e indicado tratamento clínico para a patologia aórtica, e angioplastia com stent para tratar o tronco da coronária esquerda, procedimento realizado em 01/12/2005.

A cateterização do tronco foi realizada com um cateter FL4 de 7 Fr com guia 0,35" hidrofílica. Uma vez confirmada a posição dentro do lúmen verdadeiro, foi cateterizado o tronco e realizado o controle angiográfico. Com guia 0,014" BMW foi atravessada a lesão, sendo posicionada na descendente anterior. Posicionamos uma segunda guia 0,014 do mesmo tipo na artéria circunflexa e avaliamos com IVUS o tronco da coronária esquerda na direção da descendente anterior. Posteriormente, foi implantado um stent TAXUS 3.5x12mm a 18 atms. Finalmente, o stent foi analisado com IVUS. Após o procedimento, o paciente foi transferido para a unidade coronária, onde permaneceu 12 horas, recebendo a alta após quatro dias. Aos cinco meses e meio, o paciente encontra-se em bom estado geral e assintomático.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

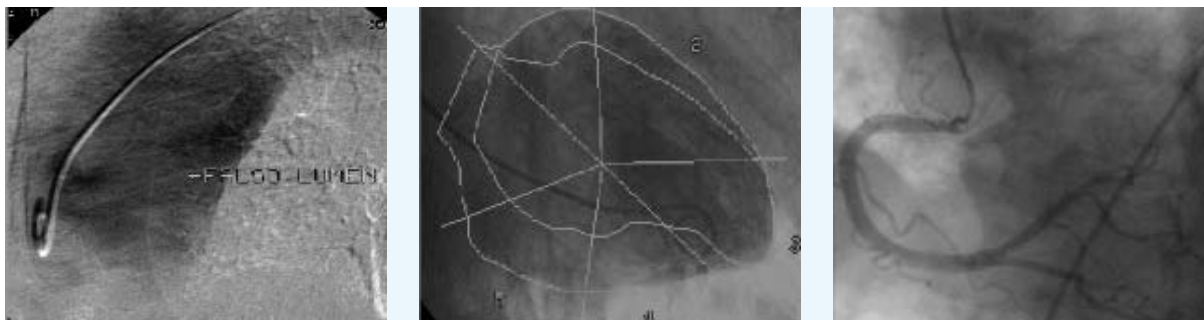


Figura N°1: Ventriculografia esquerda que mostra fração de ejeção, aortografia que mostra a dissecção, e arteriografia da artéria coronária direita.

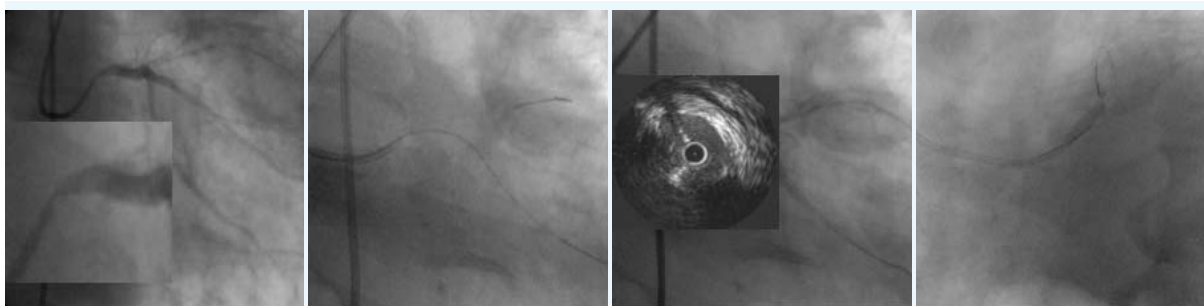


Figura N°2: Arteriografia da artéria coronária esquerda que mostra a angioplastia com duas guias (para descendente anterior e circunflexa), avaliação com ultra-som intravascular antes da intervenção e do stent implantado no tronco da coronária esquerda.

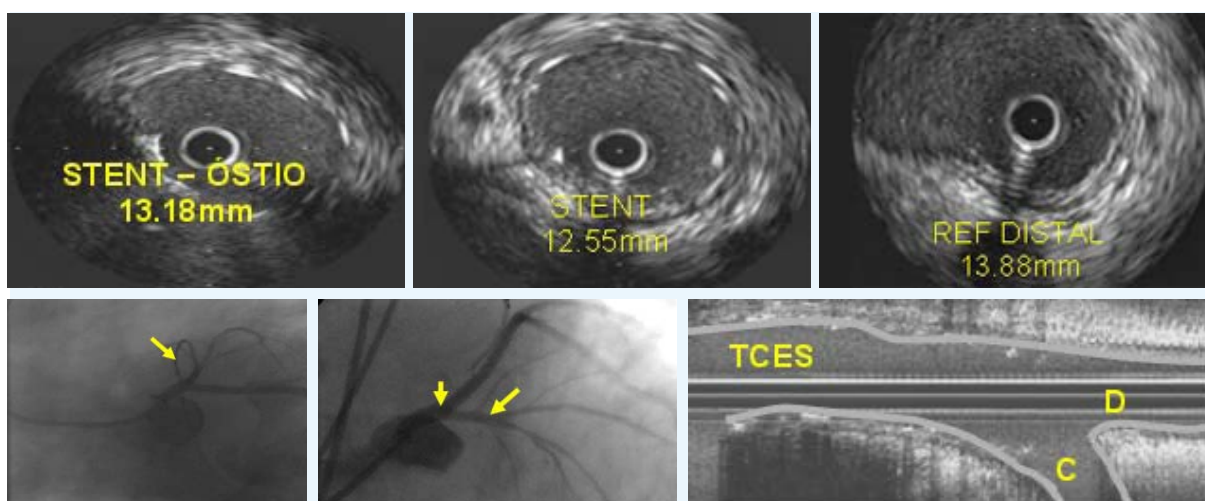


Figura N°3: Resultado angiográfico final e avaliação do resultado com ultra-som intravascular que mostra a reconstrução longitudinal do segmento tratado.

Se você tiver um caso interessante para compartilhar neste espaço,
por favor, envie-o por e-mail para: mboero@solaci.org

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Fernando Cura. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Argentina

Prevalência, fatores de predição e resultados da interrupção precoce do tratamento com tienopiridina após colocação de SLD: Resultados do Registro PREMIER

John A. Spertus, Richard Kettelkamp, Clifton Vance, Carole Decker, Philip G. Jones, John S. Rumsfeld, John C. Messenger, Sanjaya Khanal, Eric D. Peterson, Richard G. Bach, Harlan M. Krumholz, and David J. Cohen. *Circulation* 2006; 113 (24) 2803-9

A complicação mais temida depois da angioplastia coronária com stents eluidores de drogas (SLD) é a oclusão trombótica intra-stent, associada a uma elevada taxa de infarto e mortalidade. Um dos fatores de predisposição é a suspensão precoce do duplo esquema antiagregante, especialmente o das tienopiridinas. O estudo PREMIER analisou prospectivamente a prevalência, evolução clínica e os preditores da interrupção precoce (<30 dias) do clopidogrel em pacientes com infarto agudo de miocárdio tratados com angioplastia e colocação de

stents farmacológicos. De um total de 500 pacientes, 13% interromperam o clopidogrel precocemente apresentando uma mortalidade 10 vezes superior ao grupo que continuou com o tratamento. Este grupo tinha uma idade mais avançada, menor nível educativo e aquisitivo, maior incidência de anemia e de doenças cardiovasculares preexistentes. Devemos reforçar as estratégias para garantir a adesão aos tratamentos antiagregantes antes de decidir a colocação de stents farmacológicos.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

Entrega com confiança

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

O primeiro DES de segunda geração desenvolvido para liberação de fármaco

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Eficácia do transplante transcater de células progenitoras no tratamento do infarto agudo de miocárdio (TCT-STAMI)

Junbo Ge, Yanlin Li, Juying Qian, Jianhui Shi, Qibing Wang, Yuhong Niu, Bin Prof Fan, Xuebo Liu, Shaoheng Zhang, Aijun Sun and Yunzeng Zou. Heart, Jun 2006.

A regeneração miocárdica terapêutica após o infarto agudo de miocárdio é uma das áreas de maior dinamismo na pesquisa cardiovascular básica e clínica. No entanto, os estudos que avaliam o tratamento intracoronário com células primitivas autólogas provenientes da medula óssea têm sido contraditórios. O estudo TCT-STAMI aleatorizado e duplo cego inscreveu 20 pacientes imediatamente depois de um infarto agudo de miocárdio, com tratamentos bem-sucedidos com angioplastia primária. Os pacientes foram designados ao tratamento com células progenitoras da medula óssea ou com solução sobrenadante da

medula óssea. Este estudo, embora de pequena escala, sugere um incremento significativo da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e uma franca diminuição dos volumes ventriculares e dos defeitos de perfusão nos tratados com células progenitoras. Pelo contrário, os pacientes tratados com sobrenadante da medula óssea não experimentaram mudanças significativas dos parâmetros de função ventricular esquerda. É necessário realizar estudos de maior escala antes de levar estes tratamentos para a prática clínica cotidiana.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

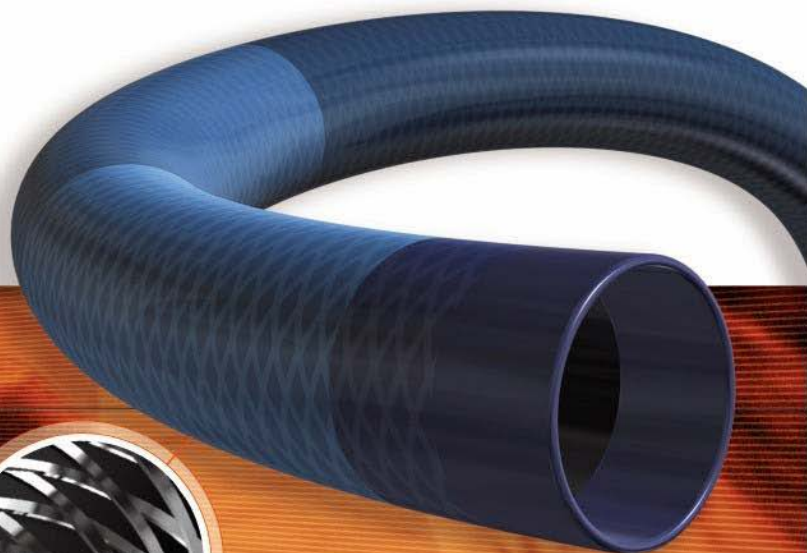
IBERHOSPITEX S.A.

cordyna^mic
An IBERHOSPITEX S.A. division

ACCESS
CATÉTER GUÍA

*Hemos conseguido unificar
las características más
requeridas del mercado.*

- Gran luz interna
- Mejor deslizamiento
- Propiedades más inertes



www.cordynamic.com

EU FARIA ASSIM

Opinião do Dr. Ari Mandil

Caso: Revascularização da femoral superficial



//
Dr. Ari Mandil
Cardiologista Intervencionista
Hospital Lifecenter. Hospital
Felício Rocho
Belo Horizonte- Brasil.

Trata-se do caso de uma paciente de sexo feminino, de 83 anos de idade, que consulta por um quadro de claudicação intermitente de membro inferior direito que evoluiu rapidamente até os 100 metros. Sem fatores de risco coronário, independente, mora sozinha e com uma importante atividade física, apesar da idade.

Realiza-se um doppler que evidenciou uma obstrução grave da artéria femoral superficial direita. Sugere-se esperar a ação do tratamento oral completo, antiplaquetários e atividade física progressiva que a paciente rejeita para optar por uma estratégia invasiva com arteriografia para atingir um diagnóstico definitivo.

A arteriografia mostrou uma aorta, eixos ilíacos e femorais permeáveis, sem obstruções. O membro esquerdo sem lesões e a artéria femoral superficial direita apresentam uma oclusão no nível do canal de Hunter, com recanalização supra-atrial e permeabilidade infrapatelar dos três troncos arteriais e sem lesões ateromatosas.



- **Tentaria revascularizar o vaso? Por quê?**
- **Qual seria a sua estratégia? Por quê?**
- **Colocaria stent? De que tipo?**
- **Quais são seus comentários a respeito da via de acesso, materiais que escolheria, potenciais complicações, truques e segredos deste procedimento?**

É cada vez mais freqüente nos depararmos com pacientes octogenários totalmente ativos, intelectualmente e fisicamente. A manutenção da qualidade de vida deve ser o objetivo principal para o tratamento da paciente em questão. Além, é claro, do tratamento para a aterosclerose, visando a prevenção de eventos cardiovasculares.

ASÍ LO HARÍA YO

Esta senhora apresenta oclusão da artéria femoral superficial direita, num segmento de 4 a 6 cm na região supra poplítea. A opção da terapêutica endovascular neste caso é bastante interessante, uma vez que o procedimento pode ser realizado com muita segurança, com permanência hospitalar de um dia, e taxas de patência próximas a 70 % no primeiro ano. Com o controle rigoroso pelo duplex scan, a cada 6 meses, conseguimos reconhecer quando há perda do resultado e intervimos antes de uma nova oclusão elevando-se a taxa de patência para aproximadamente 80% (patência secundária). Deve-se observar que a angioplastia apenas com balão e também com stents balão expansíveis e auto expansíveis de aço, não apresentaram bons resultados tardios. Uma vez que a artéria femoral superficial constantemente recebe diversas forças de rotação, torção, dobras, é necessário o uso de stents bastante flexíveis, características dos stents auto expansíveis de nitinol.

Técnica

Duas estratégias são freqüentemente utilizadas, e diferem entre si pela via de acesso: contra-lateral e ipsi-lateral com punção anterógrada.

Na técnica contralateral, realiza-se a punção anterógrada (no caso, a artéria femoral esquerda), e cateteriza-se seletivamente o óstio da artéria ilíaca direita, com cateter de mamária ou Simmons, faz-se a troca com guia extra-rígido de 260 cm por um introdutor contralateral. Vantagem: não é necessária a compressão do local da punção da artéria recentemente tratada, diminuindo o fluxo. Desvantagem: mais trabalhoso, e grande distancia do ponto a ser tratado. Manipulação da aorta, as vezes muito acometida por aterosclerose.

Na técnica ipsilateral, punciona-se a artéria femoral (no caso a direita), anterogradamente, sendo a punção próxima ou às vezes acima do ligamento inguinal, para cateterizar-se a femoral comum e a partir daí buscar o acesso a femoral superficial. A vantagem desse acesso se traduz pela proximidade da lesão alvo sem a necessidade do uso de bainhas longas. Porém como desvantagens, temos a possibilidade de maior sangramento, e também de se ter de realizar hemostasia do mesmo vaso que foi implantado stent.

Uma vez acessado a artéria femoral, preferimos realizar a recanalização da oclusão com fio guia 0,035" hidrofílico. Pode ser necessário o uso de um cateter diagnóstico para se ter suporte maior, sendo o de nossa escolha o cateter JB1. Habitualmente a recanalização de oclusões como do caso atual é realizada sem maiores dificuldades. Uma vez cruzada a lesão realizamos pré dilatação com cateter balão 4 x 40mm e a seguir realizamos o implante de stent auto expansível de nitinol, de 1 a 2 mm maior que o diâmetro de referencia do vaso. Pos dilatamos com um balão do tamanho do diâmetro de referência do vaso. Não é freqüente a ocorrência de embolização distal, não sendo necessário o uso de filtros de proteção.

Dica: utilize sempre da ajuda do roadmap!

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

Escreva para: mboero@solaci.org