BOLETIM EDUCATIVO-ProEducar

NOVEMBRO 2006 • Volume 3 • Número 1

Diretor do Programa ProEducar:
Dr. Hugo F. Londero

Diretor Boletim:
Dr. José M. Gabay

Comitê Editorial
Dr. Expedito Ribeiro
Dr. Alejandro Martínez
Dr. Ricardo Sarmiento
Dr. Fernando Cura
Dr. Dionisio Chambré
Dr. Sergio Brieva
Dr. Alejandro Cherro

Secretária
Mercedes Boero

Desenho Gráfico
Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:
Dr. José Manuel Gabay ..... **02** VER

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:
Intervenções cardíacas: Dra. Marinella Centemero
"Manejo clínico dos pacientes submetidos à IAM de reperfusão"..... **03** VER

Intervenções extracardíacas: Dr. Norberto Schechtmann
"Doença renovascular" ..... **05** VER

APRESENTAÇÃO DE CASOS: ..... **09** VER

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: ..... **10** VER

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: ..... **11** VER

EU FARIA ASSIM:
Opinião do Dr. Jorge Leguizamón
Caso: "Bifurcações coronárias: qual estratégia utilizar?" ..... **12** VER

Anterior
Siguiente
Indice

EDITORIAL: Dr. José Manuel Gabay

//
Dr. José Manuel Gabay
Hospital Italiano de Buenos Aires
Argentina

Com a publicação deste novo número, damos continuidade a nosso compromisso com este veículo de comunicação que mantém o vínculo entre os membros da sociedade.

Neste número, selecionamos alguns temas que a cada dia despertam mais interesse em nossa prática. A importância da doença renovascular está refletida no artigo de revisão escrito em um centro de renomada experiência dos Estados Unidos. Do mesmo modo, no caso selecionado podemos observar um procedimento extracardíaco interessante, que requer nossa atenção. Contudo, e uma vez que boa parte de nossa prática se concentra em procedimentos cardíacos, é fundamental a contribuição de especialistas no tratamento de lesões coronárias complexas. Finalmente, selecionamos um artigo de revisão sobre os pacientes com IAM (infarto agudo do miocárdio) submetidos à reperfusão, que aborda em profundidade a condição dos pacientes e as melhores alternativas de tratamento.

Já demonstramos nossa gratidão a todos os autores e por meio deste documento convido a todos que façam contato e colaborem com experiências que possam enriquecer nossa prática diária e que resultem do interesse no desenvolvimento de nossa profissão.

Esperamos seguir contando com o apoio de todos vocês para promover a qualidade científica e a continuidade deste Boletim Educativo da ProEducar.

Atenciosamente,

Dr. José Manuel Gabay
Director do Boletim Educativo
ProEducar-SOLACI

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções cardíacas

Manejo clínico dos pacientes portadores de IAM submetidos à reperfusão

//
Dra. Marinella Centemero
Médica da Seção de Angioplastia Coronária
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
São Paulo, Brasil.

Um fator essencial na abordagem de portadores de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST diz respeito à sobrevivência do paciente, a qual pode ser precocemente comprometida pelo desencadeamento de arritmias graves como a fibrilação ventricular. Neste sentido, a implementação de medidas adequadas de ressuscitação cardio-pulmonar e a identificação rápida dos pacientes candidatos às terapias de reperfusão (farmacológica ou mecânica) são fundamentais,de modo a garantir não só baixas taxas de mortalidade como também a sobrevivência com mínimas seqüelas e a preservação da função ventricular esquerda.

Um dos primeiros passos no tratamento de pacientes com síndrome coronária aguda relaciona-se ao controle da dor, o que pode ser obtido pela adoção de 3 medidas básicas: analgesia ,administração de oxigênio, e a utlização de fármacos como os nitratos e os beta-bloqueadores.

A analgesia realizada através da administração de morfina ou de seus derivados por via endovenosa, leva à redução da atividade do sistema nervoso simpático e conseqüentemente, da demanda metabólica,o que reduz a sobrecarga ao sistema cardiovascular.

Por outro lado, a utilização rotineira de oxigenioterapia no infarto agudo do miocárdio,exceto em situações de hipoxemia comprovada (presença de insuficiência ventricular esquerda,infecções respiratórias e doença pulmonar intrínseca) pode associar-se à elevação da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial com aumento da carga isquêmica. Desta forma, o emprego de oxímetros pode ser de grande valor para avaliação do nível de saturação arterial de oxigênio. Níveis inferiores a 90% devem ser tratados utilizando-se cateteres ou máscaras nasais (2 - 4 litros / min de O2 100%) por períodos de 6 a 12 horas.

A terceira medida para a obtenção do alívio da dor inclui a administração de 2 fármacos : nitratos e beta-bloqueadores.

Os nitratos por via sublingual ou endovenosa apresentam 2 funções importantes : 1 – promovem a vasodilatação arterial aumentando o fluxo coronário e 2 – elevam a capacidade venosa com redução da pré-carga ventricular e ,por conseguinte,da demanda metabólica do miocárdio. Os nitratos devem,portanto,ser utlizados em todos os pacientes com síndrome coronária aguda,exceto naqueles que apresentem hipotensão ou infarto de parede inferior acompanhado pelo comprometimento de ventrículo direito.

Por fim o emprego dos beta-bloqueadores em pacientes com infarto do miocárdio justifica-se por suas múltiplas e benéficas ações no sistema cardiovascular dentre as quais destacamos: redução da frequência cardíaca e da pressão arterial o que leva à diminuição do consumo de oxigênio;aumento do limiar para o desencadeamento de arritmias graves; melhora da circulação colateral e atividade anti-plaquetária. Todas estas ações contribuem para o controle da dor e a redução da área infartada,com impacto positivo no prognóstico.

Anterior
Siguiente
Indice

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Entretanto, apesar das vantagens relacionadas ao seu uso recentemente, o estudo COMMIT/CCS-2,que utilizou o metoprolol por via endovenosa versus placebo em portadores com infarto agudo do miocárdio revelou resultados surpreendentes. Nesta pesquisa foram incluídos pacientes com até 24 horas de evolução pós-IAM e que não apresentassem sinais de choque, bradicardia (FC < 50 bpm) ou bloqueios de 2° e 3° graus. O objetivo primário do estudo consistiu na verificação da ocorrência de morte, morte ou novo IAM, fibrilação ventricular ou parada cardiorespiratória dentro do 1 mês de evolução ou antes da alta hospitalar. Seus resultados demonstraram primeiramente o efeito positivo deste fármaco na redução do reinfarto e da fibrilação ventricular.Porém, não houve redução significativa nas taxas de parada cardiorespiratória,de morte hospitalar isolada ou eventos combinados como morte / re-infarto e parada cardíaca quando compararam-se os pacientes que usaram ou não o medicamento. Além disso, houve aumento importante na ocorrência de choque cardiogênico nas primeiras 24 horas pós-IAM naqueles que receberam o metoprolol. Desta forma, seus autores recomendam cautela na utilização deste fármaco na fase precoce do infarto (<24 horas),sugerindo sua administração num período posterior, de maior estabilidade clínica e manutenção a longo prazo.

Imprescindível mencionar o papel dos antiplaquetários no IAM, sendo a aspirina fundamental nesta situação. A excelência de seus resultados foi demonstrada no estudo ISIS-2, no qual ela foi tão efetiva quanto a estreptoquinase na redução da mortalidade cardiovascular, tendo efeito aditivo ao do trombolítico. Portanto, sua administração em pacientes portadores de síndrome coronária aguda deve ser imediata (classe I –A).

Recentemente novos antiplaquetários potentes como o clopidogrel foram incorporados ao arsenal terapêutico, sendo seu uso em geral relacionado às intervenções coronárias percutâneas. Sua aplicação no infarto agudo do miocárdio, associado à aspirina e aos fibrinolíticos baseia-se na hipótese de que poderia contribuir para o aumento das taxas de permeabilidade da artéria culpada pelo evento além de reduzir as complicações isquêmicas posteriores. Tal hipótese foi testada no estudo CLARITY, cujos resultados revelam uma redução expressiva (36%) no porcentual de artérias coronárias ocluídas à cineconarariografia, além de constatar-se uma maior taxa de fluxo arterial TIMI III e menor ocorrência de trombos nos pacientes que receberam este fármaco. Paralelamente, demonstrou-se também a redução de 20% na ocorrência de eventos maiores como morte, novo IAM e revascularização de urgência,benefício que ocorreu em todos os subgrupos com a grande vantagem de não associar-se a taxas elevadas de sangramento maiores ou menores,inclusive cerebrais e pós revascularização cirúrgica.

Outra classe de medicamentos de grande relevância no tratamento do IAM refere-se aos inibidores da enzima de conversão (IECA).Evidências experimentais e clínicas derivadas de diversos estudos revelam seu impacto benéfico sobre o remodelamento ventricular alterando de forma favorável os parâmetros hemodinâmicos e reduzindo as taxas de insuficiência cardíaca.Os estudos demonstram que nos pacientes de maior risco, como aqueles portadores de IAM de parede anterior, fração de ejeção < 40%,alterações regionais da contratilidade ventricular e com sinais de insuficiência cardíaca,ocorre grande redução de eventos cardiovasculares,da ordem de 26%,salvando em média 58 vidas a cada 1000 indivíduos tratados. E mesmo nos de menor risco, a redução de eventos é de cerca de 7% com média de 5 vidas salvas a cada 1000 pacientes tratados. Vale ressaltar que este efeito ocorre nos 1° dois de tratamento em um terço dos casos,particularmente nos pacientes com IAM de parede anterior, e é sinérgico à utilização da aspirina e dos beta-bloqueadores. Outros

Anterior
Siguiente
Indice

eventos isquêmicos como o re-infarto e a necessidade de procedimentos de revascularização também podem reduzidos pela administração crônica destes medicamentos.

Uma alternativa à utilização dos IECA são os bloqueadores dos receptores A-2 (BRÁS) como o losartan e o valsartan. Pesquisas clínicas mostram que estes medicamentos não foram superiores na prevenção de eventos cardíacos maiores pós-IAM, entretanto foram muito bem tolerados e podem ser utilizados com segurança em pacientes com contra-indicação ao uso dos IECA.

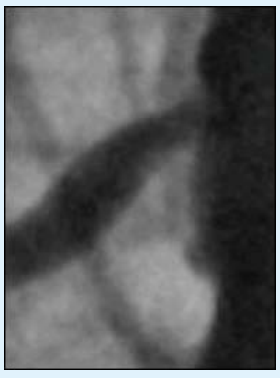
Em relação aos bloqueadores da aldosterona como o eplerenone,demonstrou-se uma redução de 15% na mortalidade geral e cardiovascular,com menor taxa de nova hospitalização e outros eventos maiores em pacientes portadores de IAM associado à disfunção ventricular esquerda (estudo EPHESUS).

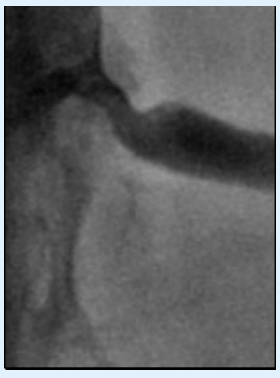
Por fim, é importante enfatizar que o tratamento clínico do paciente com IAM envolve um conjunto de ações concatenadas que vão desde a realização do diagnóstico precoce,o alívio da dor,a implementação das terapias de reperfusão, e a utilização de antiplaquetários, beta-bloqueadores e inibidores da ECA,com a finalidade de obter a permeabilidade arterial precoce,limitando a área infartada e conseqüentemente,promovendo a preservação da função ventricular esquerda e a redução das taxas de mortalidade cardiovascular.

Intervenções extracardíacas

Hipertensão renovascular

//
Dr. Norberto Schechtmann
Holmes Regional Medical Center
Flórida, EUA.





Experiência em hospital comunitário: O interesse no diagnóstico e tratamento da doença renovascular aumentou muito nos últimos 10 anos.

A hipertensão arterial e a insuficiência renal progressiva mostraram respostas insatisfatórias com tratamentos convencionais, o que nos levou a avaliar uma alternativa diferente com bons resultados imediatos e de longo prazo. Em minha comunidade, uma das razões que aumentaram o interesse neste campo é o significativo número de pacientes idosos que vivem na Flórida, Estados Unidos.

A coexistência da doença da artéria renal com o processo de arterioesclerose também está associada à patologia vascular em outros territórios. A maioria dos métodos não invasivos de diagnóstico facilitaram a identificação, o reconhecimento e o tratamento destes pacientes. Nós definimos a estenose significativa da artéria renal como aquelas lesões que comprometem mais de 75% do lúmen

Anterior
Siguiente
Indice

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

arterial e com translesão gradiente superior a 20mmHg. O estudo do dúplex renal é um método muito valioso, não invasivo, facilmente reproduzível, mas que depende do operador e é utilizado para avaliar a parte proximal das artérias renais; as lesões que apresentam mais de 180 cm/sec de velocidade são consideradas significativas.

Epidemiologia: A prevalência da doença da artéria renal em populações não selecionadas não foi bem estudada no passado. Nos últimos 10 anos, esta patologia ressurgiu e tem atraído muito interesse no campo da cardiologia intervencionista. Nos Estados Unidos, há mais de 60 milhões de pacientes com hipertensão arterial e, neste momento, estima-se que cerca de 7% desta população é portadora da doença renovascular. Esta doença se associa freqüentemente com a doença coronária e com a doença vascular periférica. A estenose da artéria renal coexiste em cerca de 15 a 23% de pacientes com doença coronária, 28 a 38% de pacientes com doença aortoilíaca, 45 a 59% de pacientes com doença vascular dos membros inferiores. A isquemia renal produzida pela estenose da artéria renal é uma causa importante de hipertensão reversível, assim como o desenvolvimento da insuficiência renal progressiva. A doença renovascular pode levar à hipertensão maligna entre 10 e 40% dos pacientes. Em 2000, as estatísticas estadunidenses mostravam que anualmente cerca de 100.000 pacientes sofriam de doença renal terminal. Calcula-se que até o ano 2010, 700 mil pacientes se submeterão à diálise e dentre eles, cerca de 15% serão portadores de estenose da artéria renal. Isso demonstra que a observação ou tratamento tímido da doença renovascular somente piora o prognóstico dos pacientes que não são tratados adequadamente.

Patologia: A arterioesclerose inclui um grande número de processos inter-relacionados que incluem dislipemia, alterações plaquetárias, trombose, disfunção endotelial, inflamação, processos oxidativos, fatores genéticos e remodelação. A estenose da artéria renal compromete o fluxo do rim afetado produzindo isquemia com uma ativação do sistema renina angiotensina II. Estes processos levam ao desenvolvimento de doença hipertensiva renovascular e ao dano tissular irreversível. Em geral, mais de 90% dos casos com estenose da artéria renal são devidos à presença da arterioesclerose da aorta que compromete o ostium das artérias renais e também, em alguns casos, se estende ao segmento proximal da mesma.

A maioria desses pacientes são homens fumantes, mas também é freqüente em mulheres com dislipemia e diabetes. De modo geral, a displasia fibromuscular observada com a característica típica angiográfica de formação de "*cordões estreitos*" está localizada na parte média ou distal da artéria renal. É mais freqüente em mulheres jovens entre 20 e 50 anos de idade e pode estar associada à displasias fibromusculares das artérias carótidas.

Quadros clínicos destes pacientes: Muitos destes pacientes, apesar de terem uma artéria renal significativamente comprometida, mantêm uma importante reserva da função renal. Assim, os níveis de creatinina se mantêm normais apesar da filtração glomerular estar muito deteriorada. Normalmente, esses pacientes são identificados durante estudos diagnósticos por outras razões clínicas.

A doença renovascular pode se apresentar de duas maneiras: uma com hipertensão de origem renovascular e outra com insuficiência renal progressiva. A estenose da artéria renal também pode ocorrer com uma mudança abrupta da pressão arterial em pacientes com mais de 50 anos ou pacientes hipertensos bem controlados com um ou dois agentes e que rapidamente se descontrolam. A presença de um sopro no flanco lombar ou insuficiência cardíaca sem razões óbvias,

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

a elevação dos níveis de creatinina sérica ou sua exacerbação com o uso de IECA - ATII ou uma diminuição no tamanho renal, nos leva a suspeitar da presença de estenose de artéria renal.

O método de diagnóstico mais comum que usamos em nossa instituição é o duplex da artéria renal. Outros métodos não invasivos, como os detalhados a seguir, apresentam uma alta sensibilidade e especificidade.

Diagnóstico
Método de diagnóstico para identificar a estenose da artéria renal

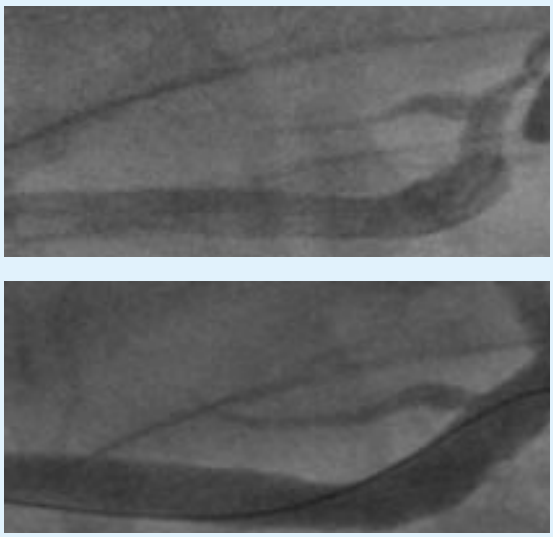
Num. da série	Procedimiento	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
1	Scan de Captropril	85-90	90
2	Dúplex Renal	98	99
3	CT	89-100	82-100
4	MRI/MRA	91-100	71-100
5	Angiografia	98	100

Na realidade, o dúplex renal seria o método mais econômico e o mais facilmente reproduzível, mas, sem dúvida, requer um operador dedicado ao tema, uma vez que é um método que depende muito da pessoa que o executa. O dúplex renal ajudaria a avaliar se um paciente foi revascularizado em forma ótima e seria um método valioso em seguida ao pós-stent em nossos pacientes.

A tomografia computadorizada com angiografía tem uma grande sensibilidade e especificidade para detecção da estenose da artéria renal. Como a tomografía requer doses importantes de substância de contraste, é limitada para pacientes com insuficiência renal.

A ressonância magnética com angiografia também é usada em pacientes com insuficiência renal já que tem alta sensibilidade e especificidade. Também ajudaria a identificar as artérias renais acessórias, freqüentemente identificáveis.

A angiografia renal, contudo, continua a ser o método de diagnóstico por excelência, de baixo risco se houver cuidado no tratamento dos pacientes com aortas abdominais que, em geral, são muito ricas em placas arterioescleróticas. É importante que esses pacientes sejam estudados com um aortograma abdominal e não fazer angiografias seletivas sem saber que o ostium destas artérias pode ser muito vulnerável devido à presença de placas ulceradas como as exibidas a seguir, que poderia gerar uma dissecção na caterização seletiva destes vasos sem uma angiografia abdominal prévia.



Lesão ulcerada, crítica, complexa –A lesão foi atravessada com a guia *Whisper*

Em lesões duvidosas de 60% de estenose é recomendável realizar uma tomada de pressões com cateteres 4Fr para poder confirmar um gradiente de pelo menos 15-20mmHg através da lesão.

Tratamento
Indicações para revascularização da artéria renal

>50% estenose
Gradiente pressão sistólica translesional > 15mmHg
Hipertensão difícil de controlar
Piora da função renal
Edema pulmonar não-isquêmico

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Prognóstico: O prognóstico desta doença será determinado de acordo com a informação e educação da população médica. O diagnóstico precoce da estenose da artéria renal e o tratamento mais agressivo irá mudar a história natural desta entidade, já que, de outro modo, vão em direção à oclusão total da artéria renal com uma deterioração clínica não somente por hipertensão ou proteinuria, mas também por terminar em diálise permanente. Foi confirmado que anualmente a progressão da doença renovascular em pacientes que têm lesões superiores a 50%, chega a ter mais de 16% da oclusão total.

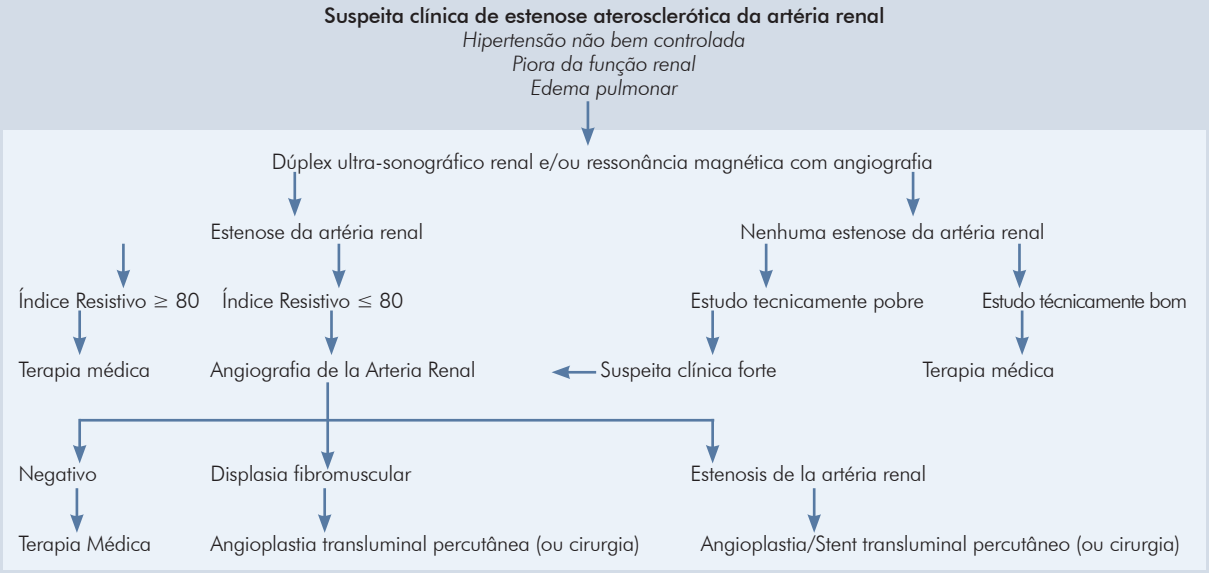
O último quadro é um esquema que ajudaria no enfoque e no tratamento dos pacientes com estenose da artéria renal.

A angiografia e a revascularização deveriam ser implementadas precocemente naqueles pacientes cuja função renal está prejudicada ou têm dificuldade no controle da pressão arterial. Atualmente, há controvérsias e perguntas para responder.

Conclusão:

- Nossa experiência nos mostrou que o tratamento da estenose renal pode reverter a hipertensão arterial e a insuficiência renal progressiva.
- A história natural desta doença chegaria à oclusão total da artéria renal com perda do parênquima renal.
- É imperativo que os prestadores de saúde incorporem em seu diagnóstico diferencial esta entidade que está presente com alta incidência e prevalência nas populações descritas anteriormente.

Manutenção da estenose da artéria renal



É importante avaliar a prevalência desta doença que se associa à epidemia de obesidade, diabetes e hipertensão que estamos vivendo. É importante ter um enfoque mais agressivo e ter em conta a associação entre a estenose da artéria renal e a doença coronária, uma vez que muitos desses pacientes são assintomáticos do ponto de vista renovascular.

Agradecimentos: Esta experiência não poderia ter sido elaborada sem a contribuição dos meus colegas do MIMA e com o apoio do hospital, *Holmes Regional Medical Center*, sua equipe e a colaboração de nossos pacientes.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Embolização uterina em acretismo placentário

//
Dr. José O. Gómez Moreno, Dr. José L. Lazarte, Dra Marisa M. Acosta.
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardíaca de Posadas. Misiones, Argentina.

Paciente do sexo feminino de 37 anos, multípara com 5 (cinco) cesáreas prévias, gesta atual de 34-35 semanas por ecografia, feto único, vital.

Foi realizado um diagnóstico ecográfico na 32 de placenta prévia oclusiva total com acretismo placentário confirmando o diagnóstico por ressonância magnética. A paciente não apresentou antecedentes de hemorragia ginecológica, hematuria e disuria. É internada para maduração fetal, com laboratório na chegada: Hto. 30%, Hg. 9,16, Hipocromia, Plaquetas: 230.000, KPTT28", TP 12,6.

Opta-se por cesárea com anestesia geral seguida de histerectomia, prévia embolização das artérias uterinas. São realizados a cateterização seletiva bilateral com o cateter Roberts de Coock (5 Fr. e 4 Fr. distal), o controle angiográfico posterior e a fixação dos cateteres.

É iniciada a cesárea com incisão mediana supra-infraumbilical, histerorrafia fúndica, extração do feto único, vital, APGAR 6/7 de 35 semanas. Liga-se o cordão umbilical e realiza-se a sutura da histerorrafia. Realiza-se a embolização uterina bilateral com Spongostan, prévio controle angiográfico da posição dos cateteres, (Fig. 2-A) com êxito angiográfico (Fig. 2-B).

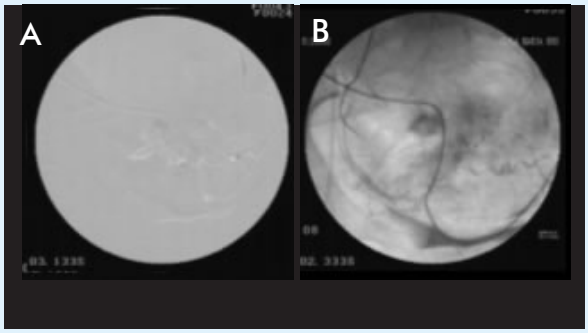


Figura 2:
A. Embolização de artérias uterinas bilaterais simultâneas.
B. Controle pós-embolização.

Histerectomia subtotal com ressecção do teto vesical por infiltração placentária, com hemostase controlada. Plástica vesical por cirurgião. O

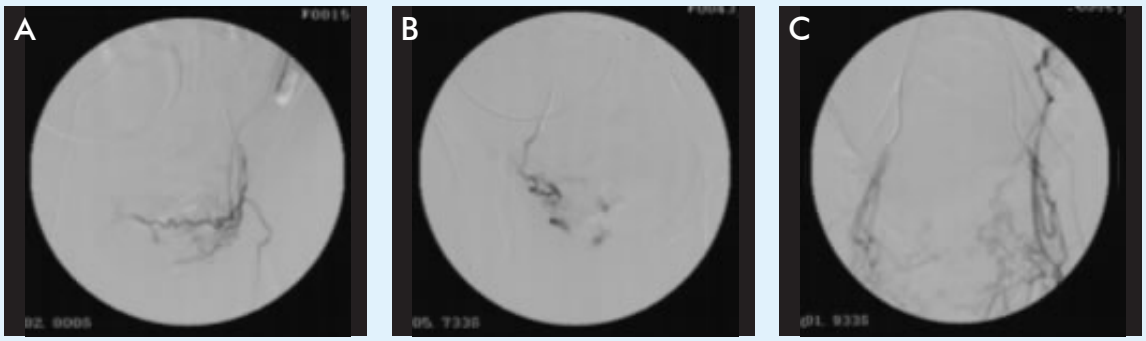


Figura 1: Angiografia seletiva das artérias uterinas.
A. Artéria uterina esquerda. **B.** Artéria uterina direita. **C.** Arteriografia seletiva bilateral simultânea das artérias uterinas

APRESENTAÇÃO DE CASOS

paciente estava hemodinamicamente estável, TA 110/60mmHg, TAM 55-60 mmHg, FC 87 lpm, SpO2 98%. Histerectomia subtotal com ressecção do teto vesical por infiltração placentária, sem complicações. Unidades transfundidas: pré-operatório (Hto. 30%, Hb. 9,16) 1 GRS; intra-operatório (Hto. 29 %) 2 GRS + 1 PFC. Hto. POP imediato: 30%

São retirados introdutores femorais no final da cirurgia com compressão manual, sem complicações, com bons pulsos distais.

A paciente está lúcida, TA 110/60 mmHg, FC: 87 lpm, SpO2 98% por oximetria de pulso, ginecorragia escassa.

Tendo em conta que as complicações hemorrágicas do acretismo placentário têm uma mortalidade materna de 20% e perinatal de 30%, a embolização uterina nestas pacientes é uma técnica segura que permite ao cirurgião obstetra e ao urologista uma técnica cirúrgica adequada com um campo visual ótimo e com uma paciente hemodinamicamente estável, diminuindo a morbimortalidade materna.

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

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

Anterior
Siguiente
Indice

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. José Manuel Gabay. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Stenting carotídeo vs. endarterectomia carotídea. Estudo SPACE

Ringleb PA, Allenberg J, Bruckmann H, Eckstein HH, Fraedrich G, Hartmann M, Hennerici M, Jansen O, Klein G, Kunze A, Marx P, Niederkorn K, Schmiedt W, Solymosi L, Stingele R, Zeumer H, Hacke W. The Lancet - Vol. 368, Issue 9543, October 2006, 1239-1247

O estudo SPACE (*Stent Protected Angioplasty vs. Carotid Endarterectomy* -"Angioplastia protegida por stent vs. Endarterectomia Carotídea") incluiu 1200 pacientes com acidente isquêmico transitório (AIT) ou ACV isquêmico moderado definidos pelo score Rankin modificado ≤3 dentro dos 180 dias. Os pacientes foram randomizados para stenting carotídeo (N=605) ou endarterectomia carotídea (N=595). Como critério de inclusão, os pacientes deviam apresentar uma obstrução carotídea ≥70% por ultra-som, o que equivaleria a uma obstrução ≥50%, segundo os critérios NASCET ou >70%, segundo critérios ECST.

Participaram 35 centros da Europa com equipes compostas por neurologistas, cirurgiões vasculares e cardiologistas intervencionistas. O ponto final primário foi o ACV isquêmico ipsilateral a 30 dias do procedimento. O desenho estatístico foi de não inferioridade definido com uma margem de inferioridade abaixo de 2,5%, com base em uma taxa de eventos de 5%.

Os resultados mostraram uma incidência de ACV isquêmico ipsilateral após 30 dias de 6,84% no grupo de stenting carotídeo e 6,34% naqueles submetidos a endarterectomia carotídea (diferença absoluta de 0,51% [IC 90%= -1,89 a 2,91]; p=0.09).

Dos dados observados, o estudo SPACE fracassou em seu objetivo primário uma vez que não conseguiu demonstrar nenhuma inferioridade nas complicações periprocedimentos entre o stenting vs. endarterectomia carotídea,embora seja necessário esperar os resultados afastados.

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os artigos comentados neste número.
Escreva para: ***mboero@solaci.org***

Anterior
Siguiente
Indice

EU FARIA ASSIM

Opinião do Dr. Jorge Leguizamón

Caso: Bifurcaçõess coronárias: qual estratégia utilizar?

//
Dr. Jorge Leguizamón
Clínica Bazterrica
Buenos Aires, Argentina.

É apresentado o caso de um paciente do sexo masculino, de 72 anos, que chega com um quadro de angina instável.

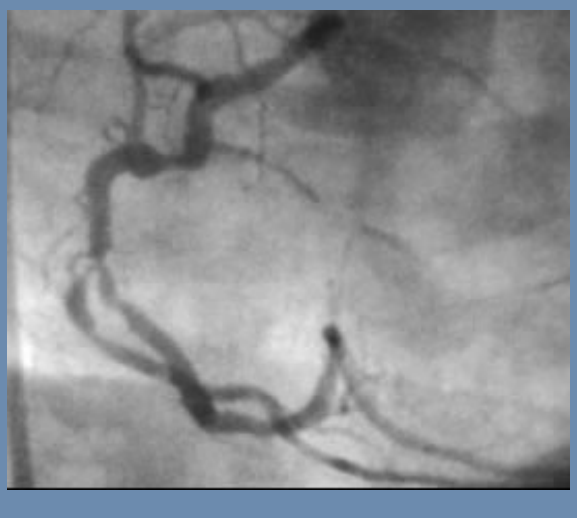
O ECG de ingresso mostrou uma onda T negativa em face inferolateral. Marcadores séricos negativos.

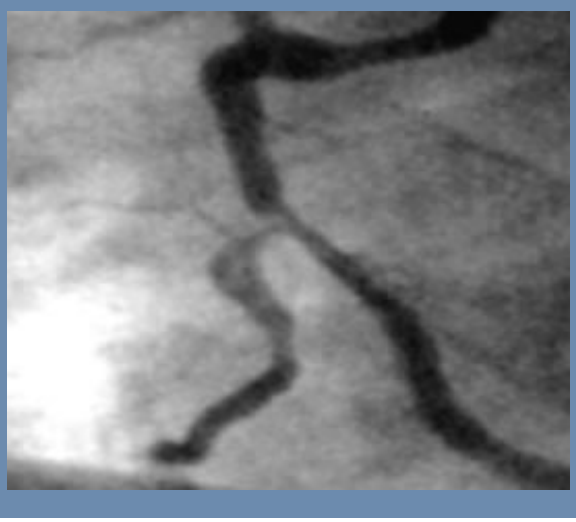
É solicitado o CCG que evidenciou uma artéria coronária direita de bifurcação alta, no terço médio, com uma obstrução na bifurcação citada que compromete a descendente posterior e uma importante pós-ventricular. A coronária esquerda não apresentava lesões.

Qual seria sua estratégia? Por quê?
Estratégia: "T provisório" (ângulo favorável). Stent orientado na direção do ramo PV. Localizar duas cordas "amigáveis" tipo Balance ou similar; pré-dilatar o vaso principal, implantar um stent metálico ± 3,5 mm, localizar outra vez as cordas e finalizar com "*kissing*".

Quais comentários você poderia fazer a respeito dos materiais que escolheria, complicações potenciais, truques e segredos deste procedimento?
Material:

a. Cateter guia JR4 7F.
b. Corda *"Floppy"*
c. Balão de 3,0 x 8mm para introduzir no ramo DP.
d. Somente um stent metálico grande o bastante, celas complacentes e bom desempenho (Liberté, Driver, etc.).
c. A corda hidrofílica só teve dificuldade para acessar o ramo DP (tipo PT2) com curva distal apropriada, manualmente confeccionada.





Anterior
Indice

EU FARIA ASSIM

Recomendações

1. Respeitar as angulações próximas do vaso e das placas do terço proximal, pois poderíamos "levá-las pela frente" com o cateter guia entubado, ao intercambiar as cordas.
2. A placa de bifurcação é excêntrica e limita o acesso ao ramo DP, seria possível evitar essa dificuldade pré-dilatando a placa com balão convencional ou "*Cutting Balloon*" de 3,5mm (usado freqüentemente em bifurcações e ostium).
3. Se houver uma corda hidrofílica posicionada no vaso secundário, não libere o stent no vaso principal sem antes retirá-la!
4. Finalizar com *"Kissing"* utilizando balões curtos. Não ultrapassar o extremo proximal do stent! Não sobredilatar o ramal DP!
5. Lembrar que:
   O objetivo é conseguir um resultado aceitável no ramo DP (≤ 40% de estenose residual, estável e sem dissecção) e resultado ótimo "sem deformações do stent" no vaso principal.
6. Estimo a possibilidade de requerer um segundo stent para o ramo DP em menos de 20%.

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

Escreva para: **mboero@solaci.org**

Anterior
Indice