



**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:

Dra. Liliana R. Grinfeld **02** **VER ▶**

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dr. Helio Roque Figueira

“Trombose do stent: Acompanhamento tardio” **03** **VER ▶**

Intervenções Pediátricas: Dr. Miguel Granja

“Procedimento híbrido para o tratamento da Síndrome de Hipoplasia do
Coração Esquerdo (S H C I)” **07** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **06** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **09** **VER ▶**

APRESENTAÇÃO DE CASOS: **10** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **11** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **12** **VER ▶**

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **13** **VER ▶**

EDITORIAL: Dra. Liliana R. Grinfeld



//

Dra. Liliana R. GrinfeldJefa Serviço Hemodinamia e Cardiologia Intervencionista
Hospital Italiano de Buenos Aires**Bem-vindos ao SOLACI'2007.**

É muito gratificante entrar em contato através do ProEducar para convidá-los para o Congresso SOLACI 2007. A Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista realiza anualmente o evento acadêmico mais importante da especialidade na região.

O mesmo tem como países sede a Argentina, o Brasil e o México, chegando em nosso país, conseqüentemente, uma vez a cada três anos. Este ano é Buenos Aires, Argentina. Esta oportunidade única de ter em nosso país os mais prestigiosos intervencionistas do mundo deve ser aproveitada não somente do ponto de vista científico, mas também do ponto de vista educativo. A cardiologia intervencionista tem a particularidade de que sua aprendizagem está baseada na realização de casos *práticos*, além da evidência clínica e científica necessária.

De acordo com isso, o programa científico divide-se na realização de "**Casos ao Vivo**", exemplificadores de nossa prática diária realizadas por peritos nacionais e estrangeiros, com participação do público no salão principal do evento. A opção acadêmica tem vários salões dedicados às propostas médicas avaliando os resultados dos ensaios clínicos, discutindo

as evidências e criando a base para as futuras guias de tratamento em nossa região. A presença dos clínicos cardiologistas nestas discussões está garantida desde o início pela participação do Dr. Valentín Fuster e proeminentes cardiologistas clínicos da América Latina. As sessões dedicadas à cardiologia intervencionista pediátrica têm um salão exclusivo durante dois dias do congresso. Também teremos a companhia de enfermeiros e tecnólogos no SOLACI'07.

Outros momentos muito atraentes serão as sessões compartilhadas com Simpósios estrangeiros, tais como EuroPCR, TCT, entre muitos outros, que tratarão sobre temas destacados neles. A apresentação de pôsteres y temas livres também foi contemplada como prioritária no programa científico. Por tudo isso e muito mais é que estou segura de que o SOLACI'07 será um evento imperdível para todo cardiologista intervencionista ou alunos e residentes dessa especialidade.

Dra. Liliana R. Grinfeld**Presidente do XIII Congresso SOLACI
XVII Congresso CACI**

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Cardíacas

Trombose do stent: Acompanhamento tardio



//

Dr. Helio Roque Figueira e Dr. Júlio César Machado Andréa

Chefe dos Serviços de Cardiologia Intervencionista da Clínica São Vicente e do Hospital CardioTrauma Ipanema.

Diretor Financeiro da SBHCI (Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista)

Os stents farmacológicos (DES) aprovados para uso comercial a partir de 2003 foram sem nenhuma dúvida um enorme avanço na cardiologia intervencionista.

Estes dispositivos são revestidos (eluídos) com drogas que inibem a migração das células musculares lisas e a sua proliferação anormal intraluminal, associada à intensa deposição extracelular de tecido conjuntivo em resposta à injúria mecânica causada pelo implante do stent. Esta proliferação celular e conseqüentemente formação de tecido neointimal é o principal mecanismo responsável pela reestenose intra-stent.

A sua eficácia em inibir a hiperplasia neointimal reduzindo a reestenose e conseqüentemente a necessidade de revascularização da lesão alvo (RLA) é absolutamente indiscutível, quando comparados aos chamados hoje de stents convencionais (BMS).

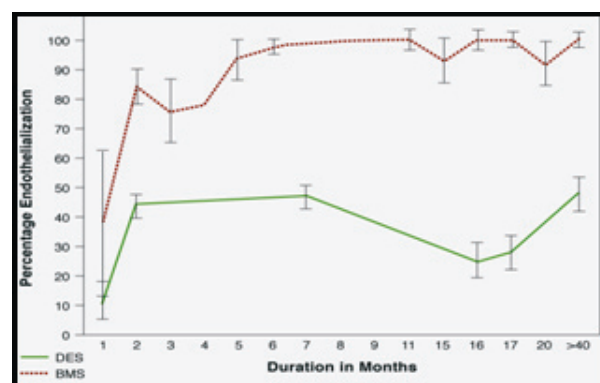
A trombose intra-stent pode ser aguda (que ocorre ainda na fase hospitalar) e subaguda (até 30 dias pós-implante) e nesses casos geralmente está relacionada ao procedimento tais como a hipoeexpansão do stent e dissecções em suas bordas não tratadas ou não visualizadas.

Já a trombose tardia (entre 30 dias e o primeiro ano) e a ultra-tardia (após o primeiro ano) é um

fenômeno multifatorial, envolvendo a técnica do implante do stent, o produto polímero/droga, e o paciente. Cada variável pode eventualmente contribuir com:

- 1- O polímero – reações de hipersensibilidade, inflamatórias e trombogênicas.
- 2- A droga – retardando a cicatrização.
- 3- Técnica inadequada de implante – hipoeexpansão e má-aposição tardia com conseqüente problemas de fluxo.
- 4- O paciente – resistência antiplaquetária, trombogenicidade intrínseca e lesões mais complexas (bifurcações, “overlapping”, etc).

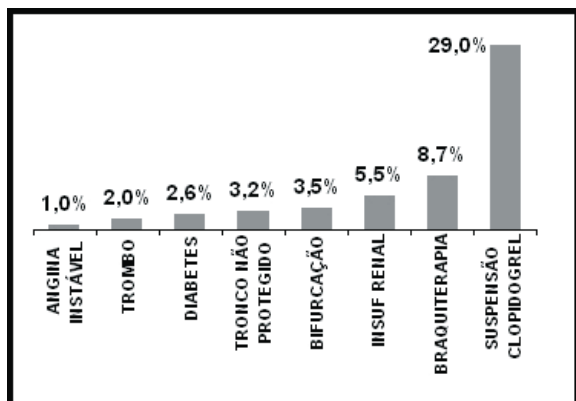
Virmani e cols. demonstraram a incompleta cobertura neointimal das hastes do stent como o preditor morfo-métrico mais importante da trombose tardia. (fig 1.)



REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Eventos trombóticos tardios são raros com BMS, embora possam ocorrer em cerca de 6% dos pacientes após a braquiterapia. A trombose tardia de stent apresenta-se clinicamente de forma devastadora com infarto agudo do miocárdio ou morte.

Iakovou e cols. em um estudo observacional de 2229 pacientes relataram 29 trombozes intra-stent, com mortalidade de 45%. O principal preditor independente foi a descontinuidade da terapia antiplaquetária (fig.2).



Em outubro de 2006 o *Academic Research Consortium* (ARC) com a participação de representantes da indústria, do FDA, de cardiologistas intervencionistas e centros acadêmicos obtiveram um consenso na padronização da definição da trombose intra-stent.

TROMBOSE, DE ACORDO COM O ARC (ACADEMIC RESEARCH CONSORTIUM):

Definida / confirmada:

- Síndrome coronariana aguda **E**
- Confirmação angiográfica do trombo ou oclusão do vaso alvo **OU**
- Confirmação anátomo-patológica da trombose.

Provável:

- Óbito inexplicado nos primeiros 30 dias pós ICP.
- Infarto agudo do miocárdio relacionado ao vaso

alvo sem confirmação angiográfica de trombose (trombo visível ou oclusão) **OU**

- Identificação de outra lesão culpada.

Possível:

- Óbito inexplicado após 30 dias.

Em função das recentes meta-análises apresentadas no último Congresso Mundial de Cardiologia, em Barcelona, que sugerem índices elevados de trombose tardia, assim como aumento da mortalidade (cardíaca e não cardíaca) e infarto agudo do miocárdio, o Comitê de Especialistas do Painel Consultivo do FDA reuniu-se nos dias 7 e 8 de dezembro de 2006, para avaliar a real incidência de trombose e a segurança dos stents farmacológicos, com o objetivo de proporcionar recomendações sobre as indicações de seu uso e a duração do tratamento antiplaquetário.

A trombose, ainda que apresente uma baixa incidência, pode ocorrer depois do implante de stents, tanto BMS como DES e devemos conhecer sua fisiopatologia, fatores de risco independentes e consequentemente fazer todo o possível para preveni-la.

Nesta reunião foram apresentados e analisados os dados científicos disponíveis obtidos a partir de estudos clínicos realizados até aquela data, tais como RAVEL, SIRIUS, E-SIRIUS, C-SIRIUS, com dados de acompanhamento feito nos últimos 4 anos, e de outros estudos clínicos randomizados tanto com stents eluidos com Sirolimus, quanto com Paclitaxel que no total somam mais de 45.000 pacientes.

STENTS COM SIROLIMUS

Os estudos randomizados e com indicações precisas (respeitando-se os critérios de exclusão) com Sirolimus demonstraram um benefício inquestionável e sustentável em reduzir a necessidade de revasculari-

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

zação da lesão alvo (RLA) e não apresentaram uma incidência maior de trombose aguda, subaguda e tardia quando comparados aos estudos com BMS em 4 anos de observação (1,5% versus 1,7%).

O comitê de avaliação do FDA depois de avaliar os estudos concordou que os benefícios do DES superaram em muito os riscos, mesmo não tendo chegado a um consenso se existe um risco significativo de trombose, mas concluíram que o DES não apresenta um risco maior de morte ou infarto do miocárdio.

O uso dos stents com Sirolimus, de acordo com as indicações aprovadas supera facilmente os riscos, incluindo o pequeno aumento observado nas trombozes muito tardias no stent, em relação a necessidade de novos procedimentos de revascularização (RLA).

No caso de usos “*off-label*” ou no mundo real, a incidência de eventos adversos secundários como a trombose subaguda ou tardia e suas conseqüências, é ligeiramente maior para esses pacientes.

Isto se deve fundamentalmente ao fato desses pacientes apresentarem lesões mais complexas, tais como bifurcações, vasos de fino calibre, lesões longas, pontes de safena, *overlapping* de stents e etc.

STENTS COM PACLITAXEL

No caso do uso “*on-label*” (ou seja, de acordo com as indicações do fabricante), o FDA analisou os dados de aproximadamente 3.000 pacientes com até quatro anos de acompanhamento que foram avaliados nos estudos clínicos randomizados TAXUS I, II, IV e V, que compararam o stent com Paclitaxel comercializado (formulação de liberação lenta) com o stent metálico de controle.

- O stent com Paclitaxel reduziu o índice de RLA em aproximadamente 50% quando comparados aos stents convencionais.
- A incidência de óbito ou infarto agudo do miocárdio (IAM) foi igual ou menor quando comparado ao grupo controle que recebeu stent metálico.
- O índice de trombose ultra-tardia (após um ano) não foi estatisticamente significativa nos dois grupos. Qualquer que fosse a definição usada na reunião do Painel Consultivo do FDA, incluindo a definição do *Academic Research Consortium*.

Isso contrasta com os dados apresentados em outubro deste ano no TCT, que mostrou pequeno, mas estatisticamente significativo aumento na incidência de trombose ultra-tardia em um grupo com mais de 3.445 pacientes tratados em estudos clínicos com o stent com Paclitaxel em comparação com os stents metálicos.

Também foram apresentados dados sobre os pacientes inscritos nos registros ARRIVE I e ARRIVE II, com aproximadamente 7.000 pacientes do mundo real que representam casos muito mais complexos, envolvendo doenças em vasos muito pequenos, lesões obstrutivas muito longas ou múltiplos vasos e que muitas vezes exigem múltiplos stents.

Esses pacientes com lesões complexas representam aproximadamente dois terços das indicações dos stents revestidos com fármaco implantados atualmente na prática clínica.

Os pacientes com lesões simples tiveram resultados clínicos comparáveis àqueles com lesões similares aos estudos randomizados, confirmando a potencialidade do registro ARRIVE em refletir os resultados clínicos.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

CONCLUSÕES

Em função disso surgiu a discussão em aumentar a duração do tratamento antiplaquetário para 12 meses, da mesma forma como se estabeleceram algumas recomendações durante o último Congresso do AHA, incluindo as novas Diretrizes das Intervenções Coronárias Percutâneas vigentes do ACC/AHA/SCAI.

Além disso, devemos assumir uma postura cautelosa em relação as indicações "off label" tais como lesão de tronco da artéria coronária esquerda e bifurcações e no infarto agudo do miocárdio.

Por se tratar de um fenômeno infrequente, para que se tenha maior poder estatístico torna-se necessário

estudos com grande número de pacientes. Vários estudos relacionados a trombose intra-stent e com o tempo de uso de antiplaquetários estão sendo programados tais como: *The STENT Thrombosis Trial* (10.000 pacientes); *E-Select Registry e Insight Randomized Trial* (30.000 pacientes) e *The Protect Randomized Trial* (8.000 pacientes).

Acredito que o futuro dos stents eluidos em drogas será a evolução para os stents com novas drogas, polímeros bioabsorvíveis ou sem polímeros e finalmente os stents totalmente bioabsorvíveis como, por exemplo, o stent de magnésio, ainda em fase de experimentação clínica.

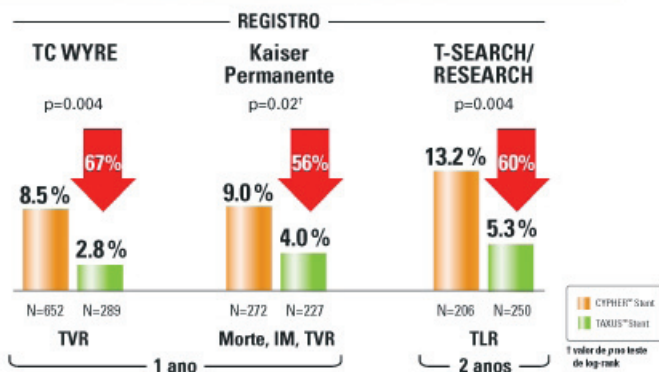
ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

Boston Scientific
Delivering what's next.™

O Paclitaxel™ tem um mecanismo de ação multifuncional e pode ser mais eficaz que o Sirolimus nos pacientes diabéticos²

Novos dados confirmam que o stent TAXUS™ é clinicamente superior ao CYPHER™ em pacientes diabéticos¹



REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Pediátricas

Procedimento híbrido para o tratamento da Síndrome de Hipoplasia do Coração Esquerdo (SHCI)

//
**Dr. Miguel Granja, Dr. Luis Trentacoste, Dr. Jesús Damsky Barbosa,
Dr. Victorio Lucini.**

Hospitais Pediátricos “Pedro de Elizalde” e “Ricardo Gutiérrez”

Trata-se de uma patologia complexa, de etiologia não precisa, caracterizada por estenose ou atresia aórtica, hipoplasia de aorta ascendente, estenose ou atresia mitral e um ventrículo esquerdo que exhibe diferentes graus de hipoplasia, de leve a severa. A sobrevida destes pacientes depende absolutamente da permeabilidade do ducto arterioso e da persistência do foramen oval. Sua evolução natural é marcada por uma alta e rápida mortalidade, superior a 80% no primeiro mês de vida, tornando essa doença um dos maiores desafios para a cardiologia infantil, com resultados ainda incertos. O surgimento das prostaglandinas para manter a patente ductal e das técnicas cirúrgicas para corações com um só ventrículo deram estímulo ao desenvolvimento de estratégias para o tratamento cirúrgico do SHCI. A operação de Norwood constitui um dos principais procedimentos utilizados para remediar esta grave patologia, mas a mortalidade operatória continua a ser preocupante. Esta complexa cirurgia, que é a primeira etapa, tem os seguintes objetivos: 1) criar uma ampla conexão entre a artéria pulmonar e a aorta, o que proporciona um trato de saída sistêmico livre; 2) produzir uma comunicação irrestrita entre as aurículas para assegurar um retorno venoso pulmonar sem obstáculos; 3) controlar o fluxo pulmonar através de uma anastomose sistêmico-pulmonar ou um tubo entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar (são). Apesar de uma maior sobrevida, continua a ser de alto risco. Mesmo em proce-

dimentos perfeitamente realizados é necessária uma circulação extracorpórea prolongada, ocasional parada circulatória, múltiplas transfusões, fechamento do esterno diferido, etc. Tudo isso somado a uma hospitalização longa de um recém-nascido com hipoxia e pressões diastólicas baixas, atenta contra um desenvolvimento neurológico adequado. Há também outros fatores de risco, não raros, que incrementam os resultados negativos deste estado I de Norwood: choque cardiogênico, prematuridade, peso inferior a 2,5 Kg., aorta ascendente inferior a 2mm, deterioração da função do único ventrículo (VD), insuficiência tricuspídea, CIA restritiva ou outras malformações não cardíacas. Este grupo de alto risco tem uma mortalidade entre 20 e 50%. Superado este primeiro estágio do período neonatal chega-se ao estágio II, aproximadamente aos 6 meses, quando se realiza uma anastomose de Glenn bidirecional e, finalmente, o estágio III, aos 2-3 anos, momento em que se completa a anastomose cavo-pulmonar total.

Ainda que tenham ocorrido avanços significativos nas técnicas cirúrgicas e no manejo perioperatório destes pacientes complexos, o resultado promédio da palição cirúrgica tradicional permanece subótimo. A partir desta premissa e com o objetivo primordial de diminuir a morbidade e a mortalidade desta primeira palição, começaram a utilizar os procedimentos denominados híbridos, em que se

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

complementam as atividades do cirurgião e do cardiologista intervencionista. Utilizando uma inovadora combinação de técnicas cirúrgica e endovascular consegue-se controlar o fluxo pulmonar (cerclagem de artéria pulmonar), prover um adequado volume minuto sistêmico (stent no ducto) e criar um fluxo irrestrito desde a aurícula esquerda (septostomia auricular), evitando o uso de bomba de circulação extracorpórea no período crítico neonatal. O objetivo é tentar preservar a função ventricular e, ao mesmo tempo, permitir um maior desenvolvimento do paciente e, especialmente, de seu leito vascular pulmonar. Aos 3-6 meses, é realizada a “grande e talvez última cirurgia”, agora sim com bomba de circulação extracorpórea. Última porque o cirurgião pode deixar o coração anatomicamente preparado para completar o terceiro estágio por via percutânea (cavo-pulmonar total com stent forrado).

Procedimento: É muito importante estar ciente de que estes procedimentos de alta complexidade devem ser feitos em um lugar especialmente desenhado, onde se combinem o âmbito cirúrgico e o laboratório de hemodinâmica. Esta “sala para híbridos” deve contar com todos os elementos, além de pessoal adequado, para se obter o ótimo resultado do procedimento. Obviamente, no nosso meio, é mesmo muito difícil pensar em ter esta sala especial, mas deverão ser feitos esforços nesse sentido. O procedimento consta de três passos fundamentais:

- 1) Cerclagem cirúrgica de ambos os ramos pulmonares
- 2) Colocação de um stent no ducto arterioso
- 3) Septostomia auricular

A ordem na qual estes passos foram se realizando variou com o passar do tempo. Foi realizada primeiro a cerclagem em quirófano e depois a colocação do stent em Hemodinâmica ou exatamente o contrário em outros casos. O que se preconiza hoje, com base nas complicações que se apresentaram com as modalidades anteriores, é efetuar ambos os

procedimentos no mesmo momento e no mesmo âmbito, idealmente em uma “sala para híbridos”.

O procedimento se efetua através de uma esternotomia mediana. O cirurgião efetua a cerclagem de ambas as ramos pulmonares utilizando um anel de PTFE de 3,5mm de diâmetro para cada uma. Em seguida, coloca uma bainha através de uma arteriotomia pulmonar e, pela mesma, o cardiologista intervencionista avança um stent para ser posicionado no ducto arterioso. O stent pode ser auto-expansível ou expansível com balão e seu diâmetro e longitude são escolhidos de acordo com o tamanho ductal (geralmente se utilizam periféricos de 8 x 17mm). A colocação do stent e seu controle posterior se realizam sob observação radiológica em posição de perfil.

Com respeito à septostomia auricular, não é fácil fazê-la nem decidir o momento adequado de fazê-la. Com base na experiência mundial a respeito do assunto, que não é muita, recomenda-se a realização da septostomia antes da alta hospitalar. Esta é realizada no laboratório de Hemodinâmica utilizando-se um balão de Rashkind. Nos casos especiais, com o septo muito engrossado, é possível utilizar um balão estático, *cutting balloon*, ou inclusive um stent.

Acompanhamento: Tão importante quanto o procedimento da hibridação é o controle clínico destes pacientes após a alta hospitalar. Existe mortalidade elevada no período entre os estágios em pacientes não controlados. Devem ser examinados a cada 1-2 semanas pelo cardiologista e controlados com ecocardiografia. Basicamente o que se busca é a presença de obstruções: do stent ductal, do septo interatrial ou da aorta transversa proximal ao stent e também a função do único ventrículo (VD) e da única válvula (tricúspide). Qualquer evidência de obstrução ou de diminuição da função ventricular é indicação de um cateterismo para diagnosticar e tratar esta complicação. O stent ductal pode ser

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

redilatado; a CIA restritiva reabrir-se, talvez com balões estáticos; a coarctação adquirida pode tratar-se com balão ou inclusive com stent. O tratamento precoce e eficaz desses eventos preserva a função ventricular que é a chave para chegar ao estágio II. Se no controle clínico não houver evidências de complicação, efetua-se um cateterismo eletivo antes da realização do estágio II.

ESTÁGIO II: Cirurgia com bomba de circulação extracorpórea

Esta cirurgia se realiza entre 4 e 6 meses de vida. Durante a mesma, é removida o stent do ducto, retiram-se as faixas de cerclagem, reparam-se o arco aórtico e as artérias pulmonares, anastomosa-se a artéria pulmonar proximal e a aorta, resseca-se o septo interatrial, efetua-se uma anastomose entre a veia cava superior e a artéria pulmonar (anastomose de Glenn) e pode deixar-se preparada a anatomia

de tal maneira que exista a opção, mais adiante, de completar o bypass total ou estágio III por via percutânea (anastomose entre veia cava inferior e artéria pulmonar com stent coberto com PTFE).

Conclusões: O procedimento híbrido, que combina técnicas cirúrgicas e endovasculares, pode alcançar um resultado aceitável a curto prazo com a síndrome do coração esquerdo hipoplásico. As cirurgias convencionais não mostraram resultados totalmente satisfatórios e esta nova estratégia parece ser uma alternativa válida para tratar uma patologia que representa um grande desafio. Houve uma importante curva de aprendizagem em sua instrumentação, mas consideramos que a técnica atual é a que menos exibe morbi-mortalidade. É necessária uma estreita colaboração entre cirurgiões e cardiologistas, cardiologistas intervencionistas e a indústria para poder obter melhores resultados no futuro.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

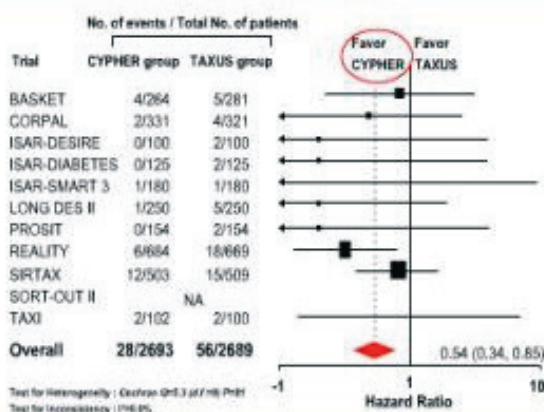
Este é um espaço comercial. Os anúncios são de responsabilidade da empresa patrocinadora.

CYPHER stent: Significantly lower risk of stent thrombosis than TAXUS

- Meta-analysis of 11 RCTs comparing CYPHER stent vs TAXUS stent
- Mean Follow Up: 20 Months
- No of patients: 7,500
- Profile: Highly Complex patients-DM, ISR, SV, AMI
- Level of Evidence: A



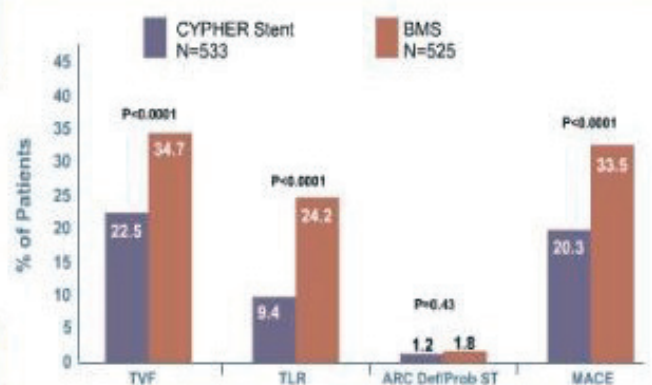
RISK OF STENT THROMBOSIS



Source: Kastrup, ACC 2007, ESC, ACC, AHA GUIDELINES

CYPHER : Sustained safety & efficacy at 5 year follow up

- SIRIUS TRIAL – CYPHER stent vs BMS stent
- Follow Up: 5 year outcomes
- No of patients: 1,058
- Profile : the only trial with relatively complex patient cohort followed to 5 years



Source: Leon et al, poster ACC 2007

APRESENTAÇÃO DE CASOS

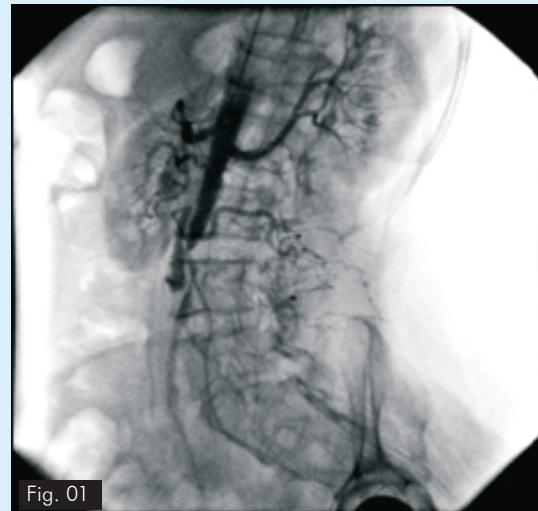
Tratamento de lesão suboclusiva de Aorta abdominal

//

Dr. Pedro Hidalgo Useche, Dr. Arnulfo Romero, Dr. Pedro Hidalgo Merlin

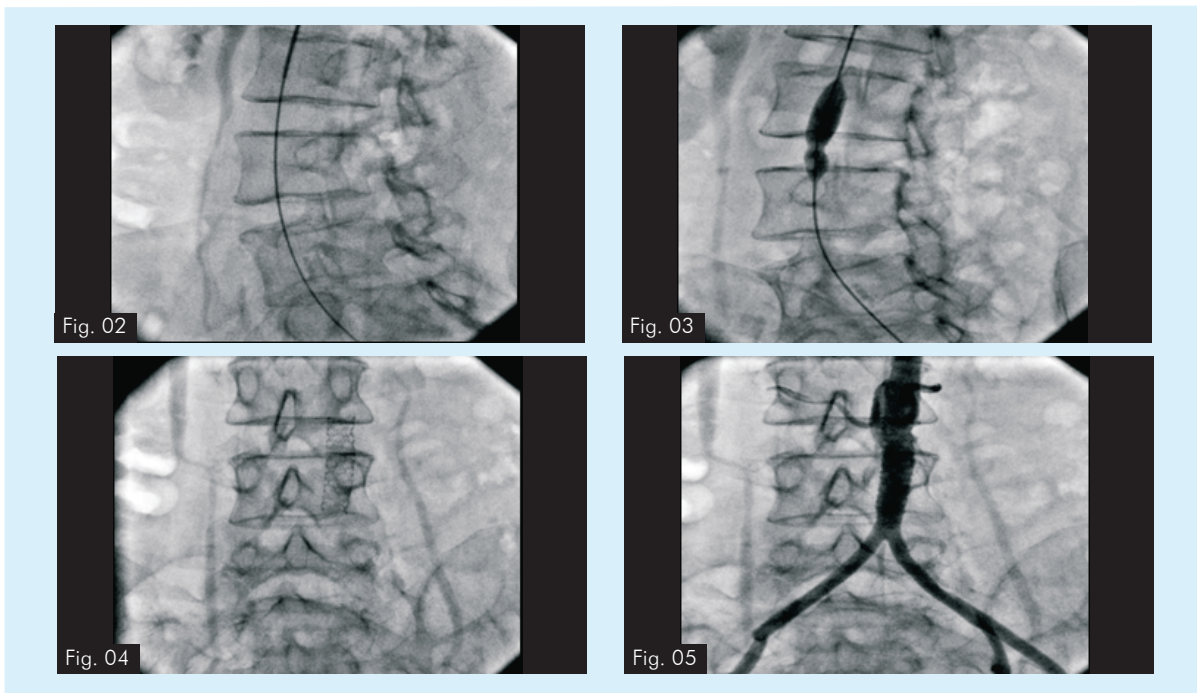
Cardiólogos Intervencionistas. Hospital Coromoto de Maracaibo- Venezuela

Trata-se de paciente do sexo feminino, 51 anos, hipertensa e diabética, quem foi referida ao serviço de Cardiologia por queixa de claudicação intermitente de ambos os membros inferiores de 1 ano de evolução, de caráter progressivo, fazendo-se evidente ao mínimo esforço (ao caminhar 10 metros). Durante o exame físico, observou-se a ausência de pulsos arteriais femorais, poplíteos e tibiais bilaterais com câmbios tróficos da pele em segmentos distais. Em março de 2006, ela foi submetida a uma angioressonância magnética de aorta abdominal e membros inferiores, e observou-se uma lesão suboclusiva focal de 99% no terço distal da aorta abdominal pre-bifurcação (Fig. 1), com diâmetro de referência proximal e distal de 9mm (sem lesões arteriais nos membros inferiores), motivo pelo qual, em maio do mesmo ano, ela foi submetida à tentativa falida de aortoplastia por via retrógrada femoral direita (as diferentes cordas guia não conseguiram atravessar a obstrução) complicando-se com uma dissecação local tipo A, sem restrição do fluxo, que obrigou a abortar o procedimento.



Dois meses depois, sob anestesia local foi introduzida uma cânula 8 Fr. na artéria humeral esquerda que permitiu o avanço de uma corda guia *amplatz extra stiff* 0,035 x 260cm através da aorta descendente (Fig. 2) até a artéria femoral direita, posterior à qual foi introduzido o cateter balão *Sailor plus™* (Invatec) de 08x20mm realizando-se uma predilação adequada da obstrução localizada no terço distal da aorta abdominal (Fig. 3), para de imediato proceder ao implante de stent periférico balão expansível *Onda invastent™* (Invatec) 10x38mm a 12 atmosferas de pressão (Fig. 4), obtendo-se um resultado angiográfico imediato satisfatório (Fig. 5) com lesão residual = 0, sem gradiente presórico residual. Clinicamente, a paciente se tornou completamente assintomática, reaparecendo os pulsos arteriais 4+/4+ em ambas as artérias femorais, poplíteas e tibiais.

APRESENTAÇÃO DE CASOS



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.



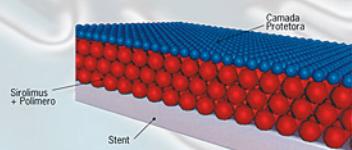
A combinação ideal do Sirolimus com polímero 100% biodegradável e medidas especiais.

Perfil

Baixo perfil 0.039" a 0.042", facilitando o cruzamento da lesão.

Polímero

100% biodegradável, droga e polímero liberados em 48 dias.



Medidas

Comprimento	Diâmetro				
	2.5mm	2.75mm	3.0mm	3.5mm	4.0mm
11mm	✓	✓	✓	✓	✓
16mm	✓	✓	✓	✓	✓
19mm	✓	✓	✓	✓	✓
23mm	✓	✓	✓	✓	✓
29mm	✓	✓	✓	✓	✓
33mm	✓	✓	✓	✓	✓
39mm	✓	✓	✓	✓	✓

Estudo Clínico - SERIES I Trial

Resultados

Clinical FUP:	9M	TLR (%):	4%
Death (%):	2%	Overall MACE (%):	6%
MI (%):	0.0	Stent Thrombosis:	0.0

QCA - após 6 meses de acompanhamento



Referência: Sammer I, Danu, Prakash P, Parikh, Harit Joshi, Jayesh Prajapati, Sharad Jain, Bhupendra R Shah, Sunil Thanvi, Rohit Chand, Kamlesh Tailor para o grupo de estudo SERIES I. Clinical Bulletin - Maio de 2006, Congresso Euro PCR/2006.

NOVIDADES



ProEducar@SOLACI 2007

Prezados amigos da ProEducar:

Convidamos vocês para participar da Sessão da ProEducar que acontecerá durante o próximo Congresso da SOLACI em Buenos Aires.

Esta Sessão consistirá em uma apresentação e análise de casos complexos preparados pelo Comitê Editorial, que serão divididos por área temática: Coronária, Aorta e membros inferiores, e Carótida. Para analisar os casos, contaremos com um painel de importantes convidados e com o público.

- **Quarta-feira, 4 de julho, das 15:30 h às 17:00 h** - Casos de Carótida. Sala Lengua
- **Quinta-feira, 5 de julho, das 9:00 h às 10:30 h** - Casos Coronários. Sala Jacarandá
- **Sexta-feira, 6 de julho das 9:00 h às 10:30 h** - Casos de Aorta e Membros Inferiores. Sala Jacarandá

Esperamos contar com a presença de todos aqueles que têm nos acompanhado nas atividades da ProEducar. Para obter mais informações, visite www.solaci2007.com.ar

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

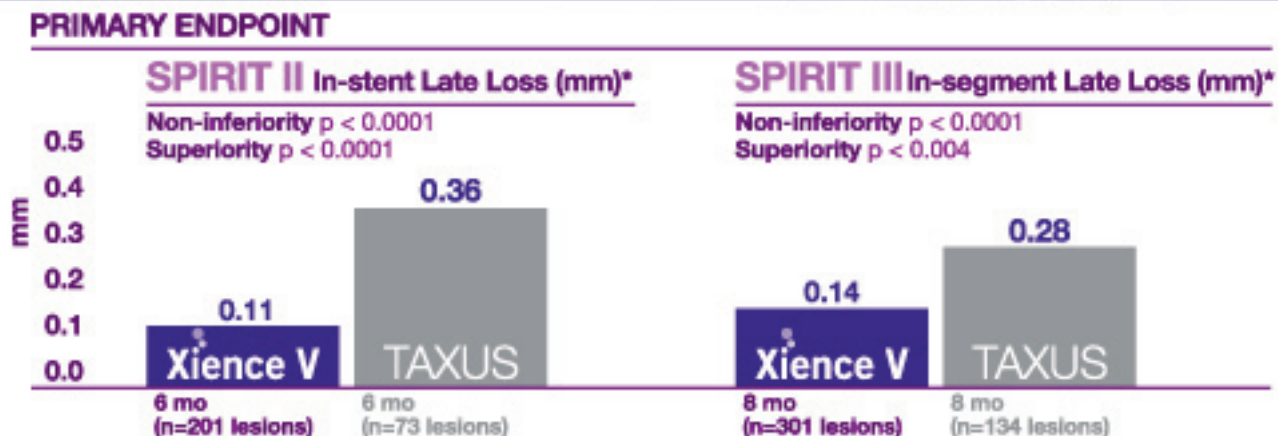
Este é um espaço comercial. Os anúncios são de responsabilidade da empresa patrocinadora.



Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

demonstrated superiority over TAXUS



*Analysis lesion: one randomly selected lesion per patient (to avoid intra-patient correlation)

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Carlos Fava. Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina

Tratamento médico ótimo com ou sem PCI para o tratamento da doença coronária estável

William E. Boden, M.D., Robert A. O'Rourke, M.D., Koon K. Teo, M.B.Ch., Ph.D., et al. for the COURAGE Trial Research Group. NEJM 2007; 356:1-14

Estudo randomizado que incluiu 2287 pacientes em 50 Centros dos Estados Unidos e Canadá que compararam a angioplastia vs. tratamento médico ótimo (TMO) em angina crônica estável (ACE).

Os critérios de inclusão foram: ACE, estenose coronária proximal >70% e isquemia miocárdica objetivável ou lesão >80% em pelo menos uma artéria coronária com angina. Os critérios de exclusão foram: ACE IV persistente, prova de esforço de alto risco, insuficiência cardíaca refratária, choque cardiogênico, fração de ejeção <30%, revascularização prévia dentro dos 6 meses e anatomia coronária não passível de ATC.

Foram randomizados 1149 pacientes no grupo ATC e 1138 no grupo TMO.

Definiu-se como êxito angiográfico à lesão residual <50% após a ATC com balão ou <20% após o implante do stent com TIMI 3 e, êxito clínico ao êxito angiográfico na ausência de IAM, cirurgia de urgência e morte.

Além disso, definiu-se: Ponto Final Primário Combinado (PFP): morte de qualquer causa e IAM não fatal, e o Secundário Combinado (PFS): morte, IAM não fatal e *stroke*.

As características clínicas foram similares, em 2% não foi possível cruzar a lesão e utilizou-se DES em 31 pacientes.

O acompanhamento aos 4,6 anos (2,5-7), obtido em 91% de ambos os grupos, mostrou: PFP 19% vs. 18.5% ($p=ns$) y PFS 20% vs. 19.5% ($p=ns$) para ATC e TMO respectivamente.

A rehospitalização por síndrome coronária aguda, a morte u o *stroke* não apresentaram diferenças. Revascularização adicional 21,1% vs. 32,6% ($p=0,001$). No grupo ATC tiveram menos angina com um e três anos de idade, de forma significativa.

Nos pacientes incluídos no Estudo COURAGE, a ATC não diminuiu MACE ao compará-la com o TMO.

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

Escreva para: mboero@solaci.org