

Diretor do Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Diretor do Boletim:

Dr. José Manuel Gabay

Comité Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussillant

Dr. Ricardo Lluberas

Dr. Ari Mandil

Dr. Pedro Lemos

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Lasave

Dr. Leandro Martínez Riera

Secretária

Mercedes Boero

Desenho gráfico

Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. Alfredo E. Rodríguez **03** **VER ▶**

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dr. Marcos Ibarra Flores

“Insuficiência mitral: quando não devemos caminhar o paciente para cirurgia” **04** **VER ▶**

Intervenções Extracardíacas: Dr. Marco Antonio Perín

“Stents Farmacológicos para o tratamento dos pacientes diabéticos: São todos iguais?” **08** **VER ▶**

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

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **10** **VER ▶**

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

CASO CLÍNICO: **13** **VER ▶**

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **14** **VER ▶**

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **15** **VER ▶**

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

ATUALIDADES DE A INDÚSTRIA: **16** **VER ▶**

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

Entrevista com o Dr. Carlos Szejfman

“Angioplastia carotídea” **17** **VER ▶**

Diretor do Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Diretor do Boletim:

Dr. José Manuel Gabay

Comitê Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussailant

Dr. Ricardo Lluberas

Dr. Ari Mandil

Dr. Pedro Lemos

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Lasave

Dr. Leandro Martínez Riera

Secretária

Mercedes Boero

Desenho gráfico

Florencia Álvarez



José Manuel Gabay, "in memoriam"

No dia 25 de junho, recebemos consternados uma notícia inesperada...

Dr. José Manuel Gabay morreu em um acidente de carro.

A indignação, a tristeza e um profundo sentimento de injustiça me deixaram sem palavras.

Agora que sinto-me capaz de refletir sobre o acontecimento, gostaria de expressar o meu pesar, que acredito ser o mesmo de todos aqueles que o conheceram.

Em quase quarenta anos de medicina, pude ver de perto o pior e o melhor de muitos homens. Também aprendi a valorizar as pessoas.

Estou convencido de que o primeiro juízo de valor que tecemos a respeito de uma pessoa deve levar em conta sua vocação profissional.

José Gabay era um médico jovem, inteligente, muito bem preparado, dedicado, inquieto, com uma grande iniciativa e honesto em suas ideias e na sua maneira de agir. Estas qualidades são valiosas, por isso, faço questão de destacá-las.

Contudo, ele se diferenciou pela sua vocação profissional. Sua participação no Colégio Argentino de Cardioangiologistas Intervencionistas, sociedade da qual era Vice-Presidente, na Sociedade Latino-Americana de Cardiologia Intervencionista, onde trabalhava como Diretor do Boletim ProEducar, e em outras áreas na Sociedade Argentina de Cardiologia, onde participava ativamente do programa de educação permanente, são expressões desta vocação.

Sua participação nas atividades societárias e nos programas de educação representou uma enorme contribuição para o desenvolvimento da ciência. É difícil avaliar tal contribuição, mas com certeza possui um enorme valor intelectual. Em memória de José Gabay, gostaria de destacar sua profunda vocação para a medicina materializada por sua contribuição para a educação e o desenvolvimento da Cardiologia Intervencionista na América Latina.

A SOLACI, a nossa sociedade, sofreu uma perda irreparável. Todos nós, membros da SOLACI, devemos honrar a memória do nosso colega José assumindo o compromisso de tentar participar da sociedade como ele fez.

Hugo Londero

Diretor de ProEducar-SOLACI

EDITORIAL: Dr. Alfredo E. Rodríguez



//

Dr. Alfredo E. Rodríguez

Diretor, Centro de Estudos em Cardiología Intervencionista (CECI)
Sanatorio Otamendi/Las Lomas/Clínica Adrogué
Buenos Aires, Argentina

Estimados colegas:

Neste número da **Pro-Educar da SOLACI**, mais uma vez observamos com prazer que os membros da nossa Sociedade abrangem com extrema clareza diversas patologias e situações clínicas que fazem parte do nosso trabalho cotidiano na sala de hemodinâmica.

O primeiro artigo escrito pelo Dr. Ibarra Flores nos oferece um resumo detalhado das diferentes variáveis fisiopatológicas da insuficiência mitral, assim como também sua oportunidade de tratamento médico-cirúrgico. Esta patologia estrutural, muitas vezes ingrata com os cardiologistas clínicos e os cirurgiões cardiovasculares, está encontrando atualmente uma nova oportunidade de tratamento com o uso do micro-clipe de válvula mitral por via percutânea.

O segundo artigo escrito pelos doutores Perín e Magalhães trata de um ponto que, particularmente, considero de essencial interesse clínico para nossa especialidade: o tratamento percutâneo nos pacientes diabéticos e, fundamentalmente, os stents farmacológicos.

Este número do Boletim complementa a apresentação de um interessante caso clínico do Dr. Castilla, de San Juan, Argentina, reportando um paciente com ruptura da artéria renal posterior a uma litotricia percutânea.

Na seção de entrevista com os especialistas, o nosso amigo, o Dr. Szejfman, aporta sua interessante experiência sobre o assunto da angioplastia carotídea, nicho terapêutico da nossa especialidade, que pessoalmente acho que devemos defender cada vez mais. Outro parágrafo merece o comentário do registro DESIRE, feito pelo grupo do Dr. Sousa de São Paulo, que não deveria ser omitido por ser repetitivo, uma vez que é altamente saudável observar a qualidade científica dos nossos colegas da América Latina expressada pelas numerosas publicações científicas às quais estamos nos acostumando. Este último trabalho é apenas uma amostra de tantos anos de pesquisa clínica.

Finalmente, quero compartilhar com vocês a agradável experiência que tive como Presidente do Comitê

Científico da SOLACI 2010 em Buenos Aires. Como já foi mencionado em oportunidades anteriores, conseguimos que os resumos que optaram pela modalidade específica pudessem ser aceitos para revisão "fast track" na revista *EuroIntervention*, dirigida pelo Professor Patrick Serruys. Isso resultou na apresentação de 317 abstracts neste Congresso da SOLACI 2010 em Buenos Aires, o que representa um recorde. No congresso anterior, por exemplo, foram apresentados um total de 150 abstracts. Desses 317 resumos, 207 foram aceitos: 6 para a modalidade da *EuroIntervention*, 30 para a modalidade oral, 46 pôsteres escolhidos, 113 pôsteres convencionais e 12 casos editados. Infelizmente, alguns trabalhos de muito boa qualidade não foram aceitos devido ao recorde de apresentações que tivemos este ano. Resta esperar que a cardiologia da América Latina continue com esta proposta nas próximas reuniões da nossa Sociedade.

Particularmente, devo dizer que, apesar do tempo que ainda falta para o início do Congresso, tenho a sensação de "missão cumprida", e espero que este "grão de areia" possa influenciar os cardiologistas intervencionistas da nossa região a se sentirem motivados e com necessidade de expressar o seu trabalho diário com uma maior produção científica que possa ser quantificada internacionalmente. Não é o único jeito de atingir esta meta, mas é, sem dúvida, a que persiste e a que temos tentado implementar há 25 anos.

Esperamos vocês em agosto, em Buenos Aires, para as palestras inaugurais de PW Serruys e G. Stone, 25 casos ao vivo, reuniões conjuntas com a Sociedade e a Federação Argentina de Cardiologia, a Sociedade Espanhola de Cardiologia, a Sociedade Austríaca de Cardiologia, e outras.

Alfredo E. Rodríguez MD, PhD, FACC, FSCAI
Presidente do Comitê Científico
Congresso SOLACI 2010

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Cardíacas

Insuficiência mitral: quando não devemos encaminhar o paciente para cirurgia



//

Dr. Marcos Ibarra Flores

Chefe de Cardiologia do Hospital San José Tecnológico de Monterrey
Conselho de Diretores do Instituto de Cardiologia e Medicina Vascular do Tecnológico de Monterrey
Membro Titular da Sociedade Mexicana de Cardiologia
Coordenador Regional da Associação Nacional de Cardiologistas do México

Severidade e pontos de corte

O momento da intervenção cirúrgica da insuficiência mitral depende de vários fatores. Definitivamente, a presença de sintomas reflete muitas vezes a repercussão hemodinâmica sobre o diâmetro das cavidades e sua função. Na medida em que aumenta a gravidade da lesão valvular, seu efeito hemodinâmico sobre a geometria e a função ventricular é maior. Finalmente, aparecem os sintomas e, se não são tratados, a função ventricular se deteriora até um grau que pode ser irreversível. Portanto, a insuficiência mitral deve ser avaliada conforme a severidade da lesão, o grau de repercussão hemodinâmica e seus sintomas⁽¹⁾. Os avanços tecnológicos permitem a avaliação quase exata da gravidade da lesão valvular através de métodos não invasivos, especialmente o ultra-som, que tem se tornado um pilar na avaliação e no diagnóstico da doença valvular cardíaca. Contudo, é necessário reconhecer que a severidade da lesão em si mesma não necessariamente indica a necessidade de tratamento cirúrgico⁽²⁾. Existem alguns casos onde a gravidade da lesão valvular não concorda com as descobertas clínicas, ainda avaliadas por cateterismo cardíaco, o que apresenta dúvidas sobre o tratamento.

O tratamento cirúrgico da insuficiência mitral representa um desafio em uma boa quantidade de casos e o processo na tomada de decisão, com frequência é complexo e exige uma visão holística de cada caso em particular, colocando na balança os benefícios e os possíveis riscos.

A combinação do ultra-som e do Doppler colorido e espectral, ajuda a determinar a gravidade da insuficiência mitral de uma forma exata e reproduzível. A presença de um átrio e um ventrículo esquerdos de tamanho normal nos leva a duvidar de uma insuficiência mitral crônica grave. Os parâmetros do Doppler de fluxo colorido podem ajudar a apreciar a gravidade da IM. A medição da área do orifício regurgitante em si mesma não oferece precisão, especialmente se o jato for excêntrico. É necessário procurar o enchimento das veias pulmonares e do seu fluxo sistólico, como medições de severidade. Esta descoberta é mais confiável na insuficiência mitral aguda e subaguda. A medição do volume sistólico permite calcular o volume regurgitante, a fração regurgitante e a área efetiva do orifício regurgitante (ERO). Portanto, a utilidade destes parâmetros na avaliação da severidade da

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

insuficiência mitral foi validada em diversos estudos (Fig. 3)⁽³⁾.

GRADO (ASE)		VR (ml)	ERO (mm ²)
Leve	Grado I	< 30	< 20
Moderada	Grado II	30-44	20-29
	Grado III	45-59	30-39
Severa	Grado IV	> 60	> 40

Figura 3: Insuficiência mitral. Grau de severidade. ASE= American Society of Echocardiography. VR= volume regurgitante. ERO= área efetiva do orifício regurgitante

A American Society of Echocardiography fez uma tentativa para achar uma classificação que ajude no assessoramento da severidade da IM, considerando o tamanho do jato regurgitante, o fluxo das veias pulmonares, o volume regurgitante (por batida) e a fração regurgitante, designando um valor de 1 a 4, conforme a gravidade (Fig. 4)⁽⁴⁾.

	1+ (mínima)	2+ (moderada)	3+ (mod-sev)	4+ (severa)
Jet colorido	Leve	Moderado	Severa	Severa
	< 4 cm ²	4-6 cm ²	6-8 cm ²	> 8 cm ²
	< 10% de AI	10-30% AI	30-40% AI	> 40% AI
Fluxo	Sistólico	Diastólico	Diastólico	Sistólico
Veias pulmonares	Dominante	Dominante	45-59	regurgitante
VR (ml)	< 30	30-45	40-59	> 60
FEVE (%)	< 30	30-39		> 60

Figura 4: Severidade da insuficiência mitral. American Society of Echocardiography
VR= volume regurgitante. FEVE= fração de ejeção do ventrículo esquerdo

O cateterismo cardíaco é utilizado na avaliação hemodinâmica quando existe discordância entre as descobertas clínicas e as obtidas por métodos não invasivos. Da mesma forma é possível calcular o volume regurgitante e a fração regurgitante. Uma fração regurgitante superior a 50% indica uma IM severa. Com o método qualitativo é possível calcular a gravidade da insuficiência.

Contudo, estes parâmetros ajudam a avaliar a severidade da IM, mas provocam confusão na hora da tomada de decisões, uma vez que não determinam o ponto de corte real para saber quando enviar ou não enviar um paciente para cirurgia. Existem poucos estudos aleatorizados de grande escala e as recomendações relacionadas com o momento cirúrgico ótimo estão baseadas, fundamentalmente, em dados observacionais^(5, 9). A partir desses dados surgiram uma série de parâmetros úteis para decidir enviar um paciente para cirurgia e/ou prever um resultado adverso.

Insuficiência mitral degenerativa

A etiologia da IM parece afetar o prognóstico. Os pacientes que mostram afecção primária das valvas parecem ter uma evolução mais favorável com a

intervenção cirúrgica que os que sofrem de uma afecção secundária. A insuficiência mitral degenerativa é uma doença primária das valvas e das cordas que condiciona o movimento exagerado e impede a coaptação, mas com função ventricu-

lar inicialmente normal. As metas do tratamento são:

- Eliminar os sintomas
- Prevenir a disfunção de ventrículo esquerdo
- Melhorar a sobrevida

A cirurgia deve ser recomendada em pacientes com insuficiência mitral crônica grave sintomática, mesmo no caso de pacientes com sintomas leves, mas que apresentam uma função ventricular normal

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

acompanhada de uma dilatação discreta ou nula das cavidades esquerdas, especialmente se a equipe de trabalho pode fazer uma reparação valvular, sem substituição da válvula. É muito provável obter resultados ruins em pacientes com disfunção severa, FEVE < 30% e DSVE > 55 mm. Existem controvérsias sobre a indicação de cirurgia em pacientes assintomáticos sem disfunção nem dilatação ventricular (FEVE > 60% e < 40 mm) a menos que exista fibrilação atrial e/ou hipertensão pulmonar > 50 mmHg em repouso ou > 60 mmHg durante o exercício. Menciona-se que não há sintomas para aliviar, mas é possível melhorar a esperança de vida e, se esperarmos uma FEVE < 60% com DSVE > 45 mm, a cirurgia pode aliviar os sintomas, mas não restaurar a esperança de vida.

Dados recentes indicam que uma área ERO > 0,4 cm² pode ser o ponto de corte neste grupo de pacientes, uma vez que no acompanhamento de longo prazo foi observado que, conforme aumenta a área, mais pobres são os resultados cirúrgicos⁽⁶⁾. Porém, não se recomenda utilizar um único parâmetro para a indicação, especialmente se o paciente encontra-se assintomático, pois podem passar anos sem serem modificados. Portanto, se o paciente não apresentar sintomas e a FEVE for normal (>60%) com diâmetros normais, ERO de < 40 mm² e um consumo de oxigênio normal, recomenda-se fazer apenas acompanhamento clínico. Quando possível, deve ser realizado um teste de peptídeo natriurético cerebral, que deve ser normal.

Insuficiência mitral isquêmica

Na insuficiência mitral de origem isquêmica, a doença primária é do ventrículo esquerdo, existe um movimento restrito da válvula e existe disfunção ventricular desde o começo da doença. As metas do tratamento são:

- Melhorar os sintomas
- Reverter a remodelação ventricular
- Melhorar a sobrevida
- Retardar a necessidade de transplante

Recomenda-se evitar, na medida do possível, a substituição valvular, uma vez que a insuficiência valvular é uma conseqüência, e não a causa da remodelação ventricular. Em alguns centros foi recomendada a substituição valvular conservando o aparelho subvalvular com o propósito de não afetar mais ainda a função ventricular. No entanto, não há um acordo geral sobre isso. Foi mencionado que mesmo quando a insuficiência melhora, a sobrevida não se altera com cirurgia. Além disso, existem dados de uma alta recorrência da IM após a reparação (28%). Dados recentes mencionam que a sobrevida em 5 anos é < 50%, inclusive com cirurgia, pagando um custo de 5% de mortalidade operatória, uma alta taxa de recorrência e um pobre efeito na sobrevida^(7, 8).

Existem pontos de corte baseados no diâmetro ventricular diastólico. O motivo é compreensível porque a insuficiência mitral é secundária à remodelação e à dilatação ventricular. Um diâmetro diastólico > 65mm oferece uma sobrevida de 15% em 5 anos e um diâmetro < 65mm, uma sobrevida de 60%, razão pela qual este parâmetro foi considerado um ponto de referência na tomada de decisões⁽¹⁰⁾.

Finalmente, a avaliação clínica cuidadosa e individual será complementada por estudos não invasivos ou invasivos, se necessário, o que vai ajudar a estabelecer a severidade e a repercussão da insuficiência mitral. A experiência do grupo determinará a conduta a seguir ●

CONTINÚA »

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Bibliografia recomendada:

- 1) Otto, Catherine M. Evaluation and Management of Chronic Mitral Regurgitation. N Engl J Med 2001 345: 740-746
- 2) Bonow RO, Carabello BA, Kanu C, de Leon AC, Jr., Faxon DP, Freed MD, Gaasch WH, Lytle BW, Nishimura RA, O’Gara PT, O’Rourke RA, Otto CM, Shah PM, Shanewise JS, Smith SC, Jr., Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists: endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and Society of Thoracic Surgeons. Circulation 2006;114:e84-231.
- 3) Neilan, T. G., Ton-Nu, T.-T., Kawase, Y., Yoneyama, R., Hoshino, K., del Monte, F., Hajjar, R. J., Picard, M. H., Levine, R. A., Hung, J. Progressive nature of chronic mitral regurgitation and the role of tissue Doppler-derived indexes. Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. (2008). 294: H2106-H2111
- 4) Zoghbi WA, Enriquez-Sarano M, Foster E, Grayburn PA, Kraft CD, Levine RA, Nihoyannopoulos P, Otto CM; American Society of Echocardiography: recommendations for evaluation of the severity of native valvular regurgitation with two-dimensional and Doppler echocardiography: A report from the American Society of Echocardiography’s Nomenclature and Standards Committee and The Task Force on Valvular Regurgitation, developed in conjunction with the American College of Cardiology Echocardiography Committee, The Cardiac Imaging Committee, Council on Clinical Cardiology, The American Heart Association, and the European Society of Cardiology Working Group on Echocardiography, represented by: Eur J Echocardiogr (2003) 4(4): 237-261
- 5) Detaint, Delphine, Lung, Bernard, Lepage, Laurent, Messika-Zeitoun, David, Baron, Gabriel, Tornos, Pilar, Gohlke-Barwolf, Christa, Vahanian, Alec. Management of asymptomatic patients with severe non-ischaemic mitral regurgitation. Are practices consistent with guidelines? Eur J Cardiothorac Surg 2008 34: 937-942
- 6) Enriquez-Sarano M, Avierinos J-F, Messika-Zeitoun D, et al. Quantitative determinants of the outcome of asymptomatic mitral regurgitation. N Engl J Med 2005;352:875-883
- 7) Ngaage DL, Daly RC, Rosales G, Sundt TM 3rd, Dearani JA, Mullany CJ, McGregor CG, Orszulak TA, Puga FJ, Schaff HV. Mitral regurgitation surgery in heart failure due to ischemic cardiomyopathy: a 24-year experience. J Heart Valve Dis. 2008 May;17(3):251-9; discussion 259-60.
- 8) Benedetto U, Melina G, Roscitano A, Fiorani B, Capuano F, Scalfani G, Comito C, Nucci GD, Sinatra R. Does combined mitral valve surgery improve survival when compared to revascularization alone in patients with ischemic mitral regurgitation? A meta-analysis on 2479 patients. J Cardiovasc Med 2009 Feb;10(2):109-14.
- 9) Kang DH, Kim JH, Rim JH, Kim MJ, Yun SC, Song JM, Song H, Choi KJ, Song JK, Lee JW. Comparison of early surgery versus conventional treatment in asymptomatic severe mitral regurgitation. Circulation. 2009 Feb 17;119(6):797-804. Epub 2009 Feb 2.
- 10) Montant P, Chenot F, Robert A, Vancraeynest D, Pasquet A, Gerber B, Noirhomme P, El Khoury G, Vanoverschelde JL. Long-term survival in asymptomatic patients with severe degenerative mitral regurgitation: a propensity score-based comparison between an early surgical strategy and a conservative treatment approach. J Thorac Cardiovasc Surg. 2009 Dec;138(6):1339-48. Epub 2009 Jun 26.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

supralimus-core
SIROLIMUS ELUTING STENT

Plataforma de cobalto cromo aprovado pelo CE, proporcionando uma liberação uniforme da droga, excelente navegabilidade e flexibilidade.

Estudo Clínico - Maximus Trial

Resultados

Clinical FUP: 8M TVR (%) : 0.0
MI (%) : 0.0 Overall MACE (%): 2.8

QCA - após 8 meses de acompanhamento

In lesion late loss (mm) : 0,33 ±0,32
In lesion binary restenosis (> 50%): 1,6%



A liberação do sirolimus em 45 dias, através de um polímero biodegradável que inibe a reestenose e permite o crescimento neointimal.



Referência: Maximus Clinical Trial - Outubro de 2007, Congresso TCT 2007. "Safety and Efficacy of Sirolimus Eluting SUPRALIMUS-CORETM Stent At Max Heart Institute In the Treatment Of De Novo Native Coronary Artery Lesions (Interim analysis of preliminary results)". Ashok Seth, FRCP (LOND), FRCP (EDIN), FRCP (IREL), FACC, DSc., Chairman & Chief Cardiologist - Max Heart & Vascular Institute - New Delhi - India.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Extracardíacas

Stents farmacológicos para o tratamento dos pacientes diabéticos: São todos iguais?

//

Dr. Marco Antônio Perin

Gestor do Serviço de Cardiologia Intervencionista do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil
Médico assistente do Instituto do Coração (InCor-HCFMUSP)

//

Dr. Marco Aurélio Magalhães

Cardiologista Intervencionista do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil

Introdução

Estudos epidemiológicos estabelecem de forma conspícua a associação entre diabetes mellitus e a doença cardiovascular e, em particular, a doença arterial coronariana, a principal causa de mortalidade nestes pacientes. A relação causal entre diabetes e a presença de doença arterial coronariana não é totalmente elucidado. Entretanto, a hiperglicemia crônica, a resistência insulínica e a freqüente associação com os outros fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e obesidade), mecanismos fisiopatológicos vigentes nestes pacientes, atuam como facilitadores do processo aterosclerótico e sua progressão acelerada. De fato, o risco de doença cardiovascular atribuível ao diabetes permanece constante nos modelos longitudinais, ao contrário do que é observado nos pacientes não diabéticos nos últimos 50 anos.⁽¹⁾ Estima-se que em 2030, 330 milhões de novos casos de diabetes mellitus serão diagnosticados⁽²⁾ e, por conseguinte, um incremento na necessidade de estratégias de revascularização miocárdica. No entanto, em comparação aos pacientes não diabéticos, o prognóstico desses pacientes tratados quer seja por intervenção coronariana ou cirurgia é historicamente inferior.⁽³⁻⁶⁾ Mais ainda, a opção do tratamento clínico nos pacientes diabéticos com coronariopatia manifesta é associada à maior taxa de eventos em

comparação às estratégias de revascularização⁽⁷⁾. A intervenção coronariana percutânea nestes pacientes relaciona-se com maiores taxas de eventos cardíacos combinados, Infarto do miocárdio, trombose do stent e marcadamente maiores taxas de revascularização do vaso-alvo. A combinação de vasos de fino calibre, lesões longas e doença difusa associadas a maior grau de hiperplasia neointimal e a maior resistência à Aspirina e/ou Clopidogrel são variáveis que explicariam o pior desfecho destes pacientes, limitando, assim, a aplicabilidade irrestrita da intervenção coronariana percutânea. Com o advento dos stents farmacológicos de primeira geração eluidores de Sirolimus na plataforma Cypher™ (Johnson & Johnson, Miami Lakes, Florida) e Paclitaxel na plataforma Taxus™ (Boston Scientific, Natick, Massachusetts) e sua habilidade de redução da hiperplasia neointimal, observou-se uma redução sistemática e significativa da reestenose clínica e angiográfica trazendo a perspectiva de uma solução definitiva de longo prazo nestes pacientes. No entanto, dada a limitação de estudos desenhados especificamente para os pacientes diabéticos, as diferenças entre os stents farmacológicos de primeira geração ainda é pouco explorada. Recentemente, dados acumulados dos registros e novos estudos randomizados testaram a hipótese:

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

- Os stents farmacológicos são iguais nos pacientes diabéticos?

Neste artigo, essa hipótese será explorada desde o aspecto fisiopatológico, passando aos grandes registros de prática clínica até os estudos randomizados controlados.

Os aspectos fisiopatológicos

A habilidade dos stents farmacológicos em reduzir a necessidade de nova revascularização é determinada pelo seu efeito antiproliferativo e antiinflamatório local. A sua eficácia é determinada pelo grau de hiperplasia aferida tanto por análise angiográfica quantitativa ou por ultra-som intravascular. O Sirolimus exerce o seu mecanismo de ação através do seu acoplamento com a proteína FK 506-12 inibindo a ativação do complexo *m-TOR*, proteína essencial na regulação do ciclo celular, interrompendo o ciclo mitótico na fase G1/S. O Paclitaxel exerce o seu efeito através da ligação a subunidade β -tubulina dos microtúbulos prevenindo a sua reorganização e conseqüentemente interrompendo o ciclo mitótico na fase G1/G2M. Como efeito destes dois agentes observa-se uma redução na migração e proliferação celular após o implante dos stents. Entretanto, na presença de hiperglicemia o efeito antimitótico do Sirolimus é reduzido em comparação ao Paclitaxel.⁽⁸⁾ Tal diferença é associada à fosforilação e ativação do complexo AKT que por sua vez, relaciona-se com a maior sobrevivência das células musculares

lisas in-vitro. Portanto, podemos inferir que este modelo mimetiza, em parte, o comportamento bioquímico e a resposta celular destes diferentes stents farmacológicos nos pacientes diabéticos.

Os registros de prática clínica

Os registros de stents farmacológicos fornecem informações importantes acerca da validade externa e da aplicabilidade universal de determinado dispositivo na prática clínica, haja vista a grande seletividade dos estudos randomizados. Por outro lado, as freqüentes e repetitivas subanálises podem ocasionar o fenômeno da multiplicidade que limita o poder conclusivo deste tipo de estudo, mas fomenta a construção de relevantes hipóteses a serem testadas no ambiente randomizado. Dentre elas destaca-se a comparação dos stents farmacológicos de primeira geração nas respectivas plataformas Cypher® e Taxus® nos pacientes diabéticos. Para o nosso conhecimento, os dados relevantes dos 8 registros disponíveis na literatura estão apresentados na Tabela 1.⁽⁹⁻¹⁶⁾

Tabela 1: Registros de pacientes diabéticos tratados com stents farmacológicos

Estudo	n	Seguimiento	RVA	ECAM
Cosgrave et. al (Diabéticos)	60 SES vs. 67 SEP	9 meses	SES 33,3% vs. SEP 9,4%	SES 36,7% vs. PES 23,9%
RESEARCH/ T-SEARCH (Diabéticos)	145 SES vs. 148 SEP	12 meses	10,3% vs. 5,9%	20,4% vs. 15,6%
SOLACI (Diabéticos)	353 SES vs. 280 SEP	12 meses	5,7% vs. 4,0%	9,1% vs. 5,8%
STENT (Diabéticos)	875 SES vs. 805 SEP	9 meses	4,1% vs. 3,4%	6,8% vs. 7,1%
REWARDS (Diabéticos)	873 SES vs. 447 SEP	6 meses	3,0% vs. 5,0%	11,0% vs. 12,0%
TC-WIRE (Diabéticos)	247 SES vs. 289 SEP	12 meses	8,5% vs. 2,8%	---
Instituto Prairie (Diabéticos)	954 SES vs. 208 SEP	12 meses	6,4% vs. 6,9%	15,1% vs. 12,1%
Stankovic et al. (Diabéticos)	147 SES vs. 113 PES	9 meses	23,1% vs. 18,6%	24,5% vs. 19,5%

SES=stent eluidor de Sirolimus, SEP=stent eluidor de Paclitaxel, RVA= Revascularização do vaso-alvo, ECAM=eventos cardíacos adversos maiores

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

É de fácil percepção que existe uma diferença nas taxas de eventos combinados e nas taxas de nova revascularização em favor dos stents eluídos com Paclitaxel. Ao combinarem-se os dados destes trabalhos em metanálise recente, observa-se uma tendência (estatisticamente não significativa) de superioridade dos stents eluidores de Paclitaxel nas taxas de reestenose clínica (*Odds Ratio*: 0,83 IC 95% (0,68-1,01); $p=0,056$).⁽¹⁷⁾ Estes estudos, apesar de fornecerem evidências indiretas de uma tendência de benefício dos stents eluídos com paclitaxel para os pacientes diabéticos, representam subanálises com critérios heterogêneos e seguimento clínico limitado (máximo de 12 meses). No entanto, este achado apresenta plausibilidade biológica pela influência experimental da hiperglicemia no mecanismo de ação destes fármacos o que deveria ser testado à luz dos estudos randomizados.

Os estudos randomizados

Os dados provenientes de 13 estudos randomizados controlados que fornecem evidências científicas mais robustas em comparação aos registros anteriormente citados, totalizam 2422 pacientes diabéticos incluídos. Destes, 4 envolveram a comparação direta "head-to-head" do stent eluidor de Sirolimus vs. o stent eluidor de Paclitaxel e somente 2 estudos compararam as 2 plataformas exclusivamente nos pacientes diabéticos- ISAR-DIABETES (n=250) e DiabeDES (n=153). O objetivo primário destes estudos foi a perda tardia no segmento aos 9 meses e a perda tardia intra-stent aos 8 meses, respectivamente. O ISAR-DIABETES demonstrou diferença, estatisticamente significativa, na perda tardia no segmento ($0,67 \pm 0,62$ vs. $0,43 \pm 0,45$; $P=0,002$) e na taxa de reestenose binária (16,5% vs. 6,9%; $P=0,03$) em favor dos stents

CONTINUA »

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

5602 - P

**Boston
Scientific**
Delivering what's next.™

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

11 milhões
de stents foram
implantados
até esta data

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.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

eluidores de Sirolimus⁽¹⁸⁾. Este achado foi confirmado no estudo DiabeDES, no qual foram randomizados 153 pacientes (Cypher®, n=76 e Taxus®, n=77) e demonstrada superioridade do stent eluidor de Sirolimus sobre o stent eluidor de Paclitaxel ($0,23 \pm 0,54$ vs. $0,44 \pm 0,52$; $p=0,025$) na perda tardia intra-stent⁽¹⁹⁾. As taxas de eventos adversos combinados, infarto e trombose de stent não foram estatisticamente diferentes. Apesar da evidente diferença angiográfica entre as duas plataformas, ao combinarmos os dados destes estudos randomizados (Tabela 2) observamos que não ocorre diferença estatística entre os dois stents farmacológicos nas taxas de revascularização da lesão-alvo (OR:1,37, IC 95% 0,64-2,9; $p=0,42$) e na taxa de eventos clínicos combinados⁽¹⁷⁾.

Conclusões

Os pacientes diabéticos coronariopatas representam um desafio peculiar à intervenção coronariana percutânea pela conjunção de fatores de risco e angiográficos de alto risco. A despeito do grande avanço observado na era dos stents farmacológicos, a variável "diabetes", permanece independentemente preditiva de recorrência de eventos futuros. Embora ainda considerada indicação "off-label", há evidências crescentes da segurança dos stents farmacológicos nesta população. Os estudos randomizados que avaliaram objetivos "substitutos" demonstraram a superioridade do Sirolimus em comparação ao Paclitaxel na supressão neointimal. Entretanto, esta superioridade, aparentemente, não determinou menores taxas de eventos ou revascularização da

lesão-alvo nos estudos disponíveis até o momento ●

Tabela 2: Estudos randomizados de pacientes diabéticos tratados com stents farmacológicos

Estudo	n	Seguimiento	RVA	ECAM
ISAR-DIABETES	125 SES vs. 125 SEP	9 meses	SES 6,4% vs. SEP 12,0%	--
TAXi (Diabetes)	33 SES vs. 36 SEP	12 meses	3,0% vs. 2,8%	9,1% vs. 5,6%
SIRTAX (Diabéticos)	108 SES vs. 93 SEP	12 meses	5,6% vs. 12,9%	--
REALITY (Diabéticos)	187 SES vs. 192 SEP	12 meses	8,1% vs. 5,2%	--

SES=stent eluidor de sirolimus, SEP=stent eluidor de paclitaxel, RVA= Revascularização do vaso-alvo, ECAM=eventos cardíacos adversos maiores

Bibliografía recomendada:

1. Caroline S. Fox, Sean Coady, Paul D. Sorlie, et al. Increasing Cardiovascular Disease Burden Due to Diabetes Mellitus: The Framingham Heart Study. *Circulation* 2007; 115:1544-1550.
2. Sarah W, Gojka R, Anders G, et al. Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
3. Bucerius J, Gummert JF, Walther T, et al. Impact of diabetes mellitus on cardiac surgery outcome. *Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 51: 11-16.
4. The BARI Investigators. The Final 10-year follow-Up From the BARI Randomized Trial. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1600 - 06.
5. Serruys PW, Unger F, Sousa E, et al. The Arterial Revascularization Therapies Study Group. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *N Engl J Med* 2001; 344: 1117-24.
6. Daemen J, Boersma E, Flather M, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Percutaneous Coronary Intervention With Stenting and Coronary Artery Bypass Surgery for Multivessel Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis With 5-Year Patient-Level Data From the ARTS, ERACI-II, MASS-II, and SOS Trials. *Circulation* 2008; 118: 1146-54

CONTINÚA >>



SOLACI '10
BUENOS AIRES - ARGENTINA

SAVE THE DATE

August 11 - 13, Buenos Aires

The Preliminary Scientific Program Is Now Online: www.solaci2010.com

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

7. Soares PR, Hueb WA, Lemos PA, et al. Coronary revascularization (surgical or percutaneous) decreases mortality after the first year in diabetic subjects but not in nondiabetic subjects with multivessel disease: an analysis from the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II). *Circulation*. 2006 Jul 4;114(1 Suppl):I420-4.
8. Cam Patterson, Sabeen Mapera, Hui-Hua Li, et al. Comparative Effects of Paclitaxel and Rapamycin on Smooth Muscle Migration and Survival: Role of Akt-Dependent Signaling. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006; 26;1473-1480.
9. Cosgrave J, Agostoni P, Ge L, et al. Clinical outcome following aleatory implantation of paclitaxel-eluting or sirolimus-eluting stents in complex coronary lesions. *Am J Cardiol* 2005;96:1663-8.
10. Ong AT, Aoki J, van Mieghem CA, et al. Comparison of short- (one month) and long- (twelve months) term outcomes of sirolimus- versus paclitaxel-eluting stents in 293 consecutive patients with diabetes mellitus (from the RESEARCH and T SEARCH registries). *Am J Cardiol* 2005;96:358-62.
11. Sousa AG, Abizaid A, Hayashi EB, Buitron F, Pena I, Ribeiro E. Outcomes of percutaneous interventions in diabetics treated with drug eluting stents or bare metal stents: SOLACI registry results. *Am J Cardiol* 2005;96 Suppl 1:31H.
12. Simonton C, Brodie B, Cheek B, et al. Late clinical outcomes of paclitaxel and sirolimus-eluting coronary stents in diabetic patients: results from the Strategic Transcatheter Evaluation of New Therapies (STENT) group. Presentation at the 2006 American College of Cardiology/i2 Summit Annual Scientific Session March 12, 2006, Atlanta, Georgia. Available at: <http://www.tctmd.com>. Accessed February 4, 2008.
13. Kuchulakanti PK, Chu WW, Torguson R, et al. Sirolimus-eluting stents versus paclitaxel-eluting stents in the treatment of coronary artery disease in patients with diabetes mellitus. *Am J Cardiol* 2006;98:187-92.
14. Kandzari D, O'Neill W, Strauss W. One-year outcomes from the TC-WYRE registry. TAXUS Express stent vs. Cypher stent: what's your real world experience? Paper presented at: 2006 Transcatheter Cardiovascular Therapeutics Annual Meeting; October 22-27, 2006; Washington, DC.
15. Mishkel G, Moore A, Slater C. Comparison of paclitaxel versus sirolimus drug eluting stents in patients with diabetes mellitus in a "real-world" setting. Paper presented at: 2006 Transcatheter Cardiovascular Therapeutics Annual Meeting; October 22-27, 2006; Washington, DC.
16. Stankovic G, Cosgrave J, Chieffo A, et al. Impact of sirolimus-eluting and paclitaxel-eluting stents on outcome in patients with diabetes mellitus and stenting in more than one coronary artery. *Am J Cardiol* 2006;98:362-6.
17. Ehtisham Mahmud, Guilherme Bromberg-Marin, Vachaspathi Palakodeti, et al. Clinical Efficacy of Drug-Eluting Stents in Diabetic Patients: A Meta-Analysis. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008; 51;2385-2395.
18. Dibra A, Kastrati A, Mehilli J, et al. Paclitaxel-eluting or sirolimus eluting stents to prevent restenosis in diabetic patients. *N Engl J Med* 2005;353:663-70.
19. Michael Maeng, Lisette Okkels Jensen, Anders Michael Galloe. Comparison of the Sirolimus-Eluting Versus Paclitaxel-Eluting Coronary Stent in Patients With Diabetes Mellitus: The Diabetes and Drug-Eluting Stent (DiabeDES) Randomized Angiography Trial. *Am J Cardiol*. 2009 Feb 1;103(3):345-9.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

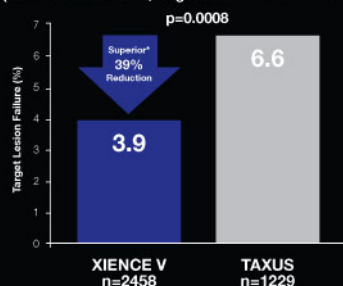
Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

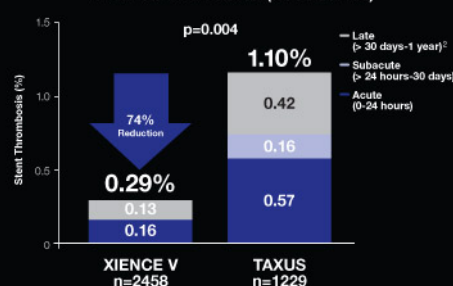
SPIRIT IV

**XIENCE V Delivers
Low 0.29% Stent
Thrombosis in 2,458
Patients in SPIRIT IV**

Clinically-Driven TLF: Primary Endpoint
(TLF = Cardiac death, target vessel MI and ID-TLR)



1-Year Stent Thrombosis (ARC Def/Prob)



¹ P-values based on Fisher's exact test.

² Categorical data, 365 ± 28 days.

Please contact your Abbott Vascular representative to learn more or visit our web site at www.XienceV.com

AP2930899 Rev. A ©2009 Abbott Laboratories

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Fístula renal arterio-calicial

//

Dr. Castilla Martín, J. OmarCardiologista, angiologista intervencionista, Cardio Cuyo
San Juan, Argentina

Paciente do sexo feminino, 49 anos, com antecedentes de hipotireoidismo e litíase renal direita.

Indica-se litotripsia percutânea realizada através de uma punção translombar direita. Durante o pós-operatório imediato apresenta hematúria persistente, com sinais de choque hipovolêmico, razão pela qual é transferida para a Unidade de Terapia Intensiva.

Inicia-se o tratamento com expansão de volume com colóides, e tenta-se realizar uma transfusão sangüínea, que é rejeitada pela paciente por motivos religiosos (ela é testemunha de Jeová).

Realiza-se uma angiografia renal que mostra uma fístula arterio-calicial de fluxo moderado na região média e polar inferior, sem anomalias vasculares (Figura 1). Procedeu-se à embolização seletiva da artéria segmentária renal.

A artéria renal direita é cateterizada seletivamente com um cateter de 6 Fr, e através dele é ingressada uma corda de 0,014" até a artéria comprometida na fístula.

Realiza-se a embolização com Spongostan® realizando injeções de controle para verificar o tempo arterial da região embolizada (Figura 2).

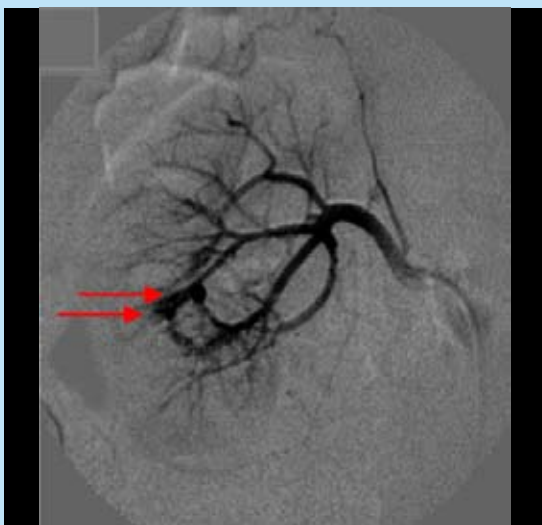


Figura 1: Arteriografia renal direita: Fístula arterio-calicial

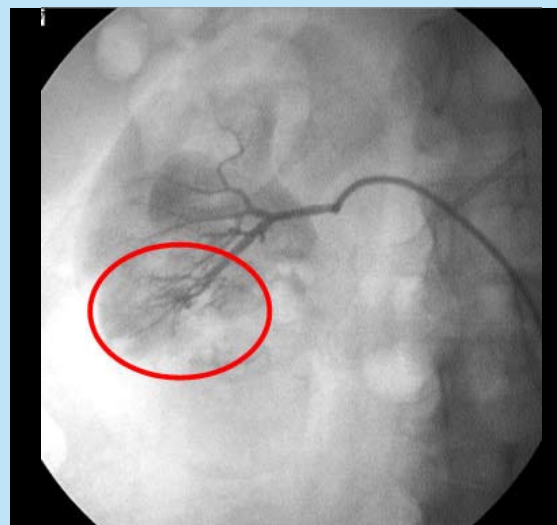


Figura 2: Embolização seletiva de fístula arterio-calicial

APRESENTAÇÃO DE CASOS

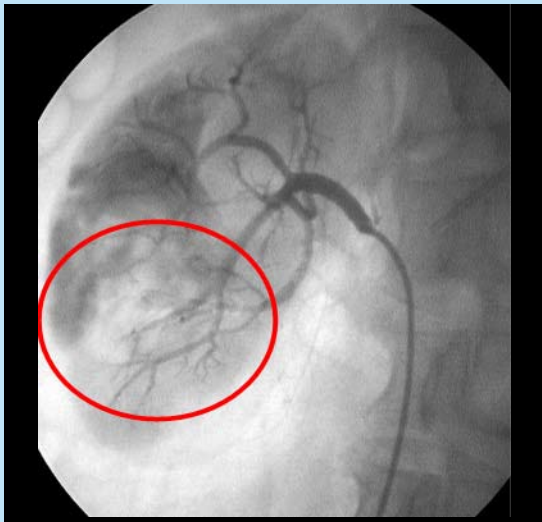


Figura 3: Resultado final

O sistema é retirado e se realiza a injeção no nível da artéria renal direita, onde se observa a exclusão do segmento que apresenta a fístula. (figura 3).

A paciente é levada para a Unidade de Terapia Intensiva.

Na evolução, ela apresenta uma melhora do estado geral, ausência de hemorragias e aumento do hematócrito, sem requerimentos de derivados do sangue. No quinto dia, recebe a alta sem complicações.

Conclusão

Apesar de ser um caso isolado, vemos como o tratamento percutâneo neste tipo de patologias que podem arriscar a vida de um paciente por circunstâncias especiais nas quais não podem receber derivados do sangue, pode ser um tratamento útil, eficaz e com uma taxa de complicações baixa ●

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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



Tres Maneras de Prescribir su Terapia con Stent

Cada uno de nuestros stents ofrece un balance único de eficacia, seguridad y entrega. El resultado es un rango de soluciones que le permite cumplir las necesidades clínicas específicas de sus pacientes.



www.medtronic.com

Para distribución únicamente en mercados donde el stent Endeavor Resolute ha sido aprobado.
© 2009 Medtronic, Inc. Todos los derechos reservados. Impreso en LA. UC200902161ES 3/09

Driver BMS Endeavor^{Sprint} DES Resolute DES

CUBRIENDO EL ESPECTRO DE NECESIDADES CLINICAS

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Juan Fernández. Chefe de Hemodinâmica do Hospital Universitário da UAI. Argentina

Incidência e preditores de eventos cardíacos maiores muito tardios (≥ 4 anos) no DESIRE (stents farmacológicos no mundo real)- registro tardio

J. Ribamar Costa, Jr, MD, Amanda Sousa, MD, PhD, Adriana C. Moreira, MD, Ricardo A. Costa, MD, Manuel Cano, MD, Galo Maldonado, MD, Cantidio Campos, MD, Máriana Carballos, BS, Ricardo Pavanello, MD, J. Eduardo Sousa, MD. J. Am. Coll. Cardiol. Intv. 2010 3: 19-21

O objetivo deste trabalho foi avaliar a incidência de MACE e trombose intrastent em um grupo não selecionado e de pacientes complexos no acompanhamento ≥ 4 anos.

Metodologia: um grupo de pacientes consecutivos, tratados somente com DES, entre maio de 2002 e janeiro

de 2005 foram ingressados neste registro de um único centro, não aleatorizado. O critério de avaliação primário foi a ocorrência de MACE no longo prazo (até os 7 anos).

Foram incluídos um total de 1010 pacientes, na maioria homens (77%), com uma média de idade de 63,7 anos e 1,4 stents por paciente, recebendo esquema antipla-

CONTINÚA »

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

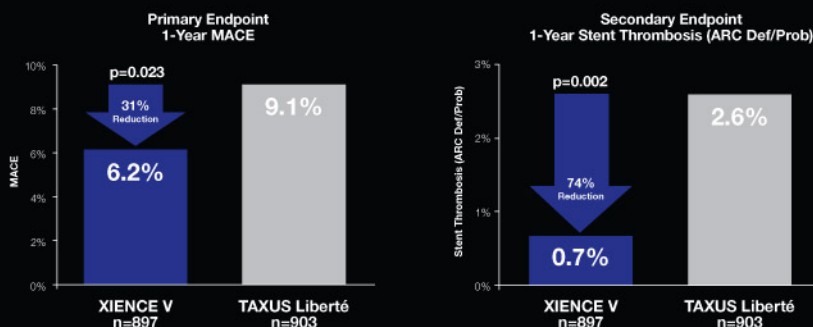
Este é um espaço comercial. Os anúncios são responsabilidade da empresa patrocinadora.

Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

COMPARE Trial

**XIENCE V is Superior*
to TAXUS Liberté in
COMPARE**



COMPARE is an investigator-initiated, single-center, prospective RCT testing XIENCE V vs. TAXUS Liberté in 1,800 all-comer, real-world patients.

*XIENCE V has demonstrated statistical superiority in the primary endpoints of SPIRIT IV, SPIRIT III and SPIRIT II in target lesion failure (TLF), in-segment late loss and in-stent late loss respectively. TAXUS Express² was the control in SPIRIT IV. Source: SPIRIT IV, one year results, TCT 2009 and XIENCE V IFU.

MACE = All Death, Non-Fatal MI and TVR. MACE was prespecified for superiority testing. All data from Kaplan-Meier Curves. Source: Dr. Peter Smits, COMPARE Trial, 1-Year Results Presentation, TCT 2009.

Please contact your Abbott Vascular representative to learn more or visit our web site at www.XienceV.com

AP2931131 Rev. A ©2009 Abbott Laboratories

Xience V |  Abbott Vascular

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

quetário duplo por 3 e 6 meses para Cypher® ou para Taxus® respectivamente. O acompanhamento foi obtido em 98,2 % dos pacientes, com uma média de 5,01 anos. A sobrevida livre de MACE foi de 84,6%, e a incidência acumulada de trombose intrastent definitiva ou provável foi de 1,7%.

Os preditores independentes de trombose intrastent foram: ATC em IAM, superposição dos DES, tratamento de doença de múltiplos vasos, moderada a severa calcificação da lesão tratada, estenose intrastent residual.

Os autores concluem: a colocação de DES no mundo real resultou ter uma baixa frequência de MACE no longo prazo. Porém, a trombose intrastent continua ocorrendo muito afastada da data do procedimento original.

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.tecnology.com.ar
Brazil	BIOASSIST - www.bioassist.com.br
Caribe	MARTEC MEDICAL CARIBBEAN GROUP, S.A. martec.caribbeangroup@gmail.com
Colombia	WORLD MEDICAL - www.worldmedical.com.co
Chile	ARLAB - www.arlab.cl
Costa Rica	ALFACOR PROVEEDORES 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.

10673000ES - Rev.01

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

Entrevista com o Dr. Carlos Szejfman

Angioplastia carotídea

//

Dr. Carlos SzejfmanCardiologia Intervencionista, Sanatorio Güemes. IMAC
Buenos Aires, Argentina**1. Em um paciente com AVC e evidência de lesão carotídea bilateral severa, qual é o timing e em qual carótida o senhor interviria?**

Nestes casos, abordamos a carótida contralateral ao lado da origem do *stroke* e realizamos a angioplastia o quanto antes. Não fazemos angioplastia em agudo na artéria que originou o AVC devido à possibilidade de torná-lo hemorrágico caso aumente o fluxo e a pressão na área isquêmica. Segundo a evolução clínica, 30 a 90 dias mais tarde realizamos a angioplastia ipsilateral.

2. O senhor considera adequado o uso do acesso radial para este tipo de procedimento?

Utilizamos a via radial para diagnóstico em TODOS os pacientes com patologia cerebrovascular isquêmica que não tem contra-indicação. No tratamento, para a angioplastia carotídea usamos a via radial ou uma punção humeral em casos selecionados de arcos aórticos complexos para ingressar pela via femoral. O cateter-guia de eleição é o Simmons II.

3. Qual é o tipo de sistema de proteção cerebral que o senhor considera mais adequado para intervencionistas com pouca experiência?

O sistema de eleição para operadores pouco experientes é o do tipo filtro, NÃO o balão. Recomendamos familiarizar-se com um dos filtros, Filter Wire EZ® ou Spider Fx®, e usá-lo em todos os casos indicados. Em casos clínicos ou angiograficamente complexos, a indicação é a abstenção, e deve-se solicitar ajuda ao operador do grupo com mais experiência no emprego de proteções múltiplas.

4. Como o senhor seleciona o tipo de stent?

Em função das características clínicas, a anatomia do arco aórtico, a emergência do vaso a tratar, a bifurcação carotídea e o tipo de placa. Em placas clínicas ou angiograficamente vulneráveis usamos stents de celas fechadas. Em anatomias tortuosas, difíceis, usamos stents mais flexíveis. Recomendamos familiarizar-se com 1 ou 2 stents. Não esquecer os cônicos nas anatomias onde estejam indicados.

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

5. Como o senhor faz o acompanhamento após uma angioplastia carotídea e qual é o método complementar que prefere utilizar?

Marcamos com o paciente uma avaliação clínica no primeiro mês. Após 6 meses, realizamos outra avaliação clínica com Doppler de vasos do pescoço. Recomendamos acompanhamento com seu cardiologista ou neurologista de cabeceira e continuar por tempo prolongado com o tratamento antiagregante. ●

Bibliografia recomendada:

Endovascular carotid interventions, Cremonesi A et al. Eurointervention 2010;8:66-870

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

Escreva para: proeducar@solaci.org



En el marco del próximo Congreso SOLACI '10 en Buenos Aires, Argentina, se desarrollará un nuevo ciclo de Sesiones de Discusión de Casos de ProEducar serán filmadas para su posterior publicación online. Los invitamos a compartirlas con nosotros.

Salón: Alerce

Miércoles 11 de 14:00 a 15:30 ----Casos de Intervenciones Coronarias

Jueves 12 de 10:30 a 12:00 -----Casos de Intervenciones Carotídeas

Jueves 12 de 14:00 a 15:30 ----- Casos de Intervenciones Coronarias

Viernes 13 de 10:30 a 12:00 ----- Casos de Intervenciones de Aorta y Miembros Inferiores

Para más información, visite
www.solaci2010.com o contáctese a
proeducar@solaci.org



SOLACI '10
XVI Congress of the Latin American
Society of Interventional Cardiology
XX Congress of the Argentine College
of Interventional Cardioangiologists