



COMITÊ EDITORIAL

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

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

Secretária
Mercedes Boero

Desenho Gráfico
Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. Alberto Suárez Nitola **02** [VER ▶](#)

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dr. Alex Zapolanski

“O tratamento da fibrilação atrial. Perspectiva do cirurgião” **03** [VER ▶](#)

Intervenções Extracardíacas: Dr. Hernán Bertoni

“Angioplastia abaixo do joelho na isquemia crítica” **06** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **05** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **08** [VER ▶](#)

APRESENTAÇÃO DE CASOS: **09** [VER ▶](#)

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **11** [VER ▶](#)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **12** [VER ▶](#)

EU FARIA ASSIM:

Opinião da Dra. Liliana Grinfeld

“Lesão da trifurcação de tronco” **13** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. Alberto Suárez Nitola



//
Dr. Alberto Suárez Nitola
Clínica del Country
Bogotá, Colombia

São muitas as satisfações que nos oferece a vida e o exercício de uma especialidade tão dinâmica, de vertiginoso desenvolvimento e uma prática tão gratificante que foi o pilar para a criação de uma sociedade como a nossa.

É fato que a SOLACI tem presença em todo o continente graças ao desenvolvimento de meios de comunicações como é o caso deste boletim que, mais do que um recurso virtual, é uma realidade conquistada com o esforço do Comitê Editorial que leva pontual e periodicamente ao computador dos cardiologistas intervencionistas temas da atualidade, casos cotidianos e acreditamos que, vencida a timidez dos leitores, virá a ser o lugar de debate e diálogo dos intervencionistas latinos.

A presença internacional da SOLACI é palpável nos congressos mais importantes da Cardiologia intervencionista como o Curso de Paris e o de Washington, onde já contamos com um cenário próprio e reconhecido, graças ao nível científico mantido pela nossa Sociedade.

Não é falta de modéstia dizer que, graças ao esforço e o trabalho conjunto, em 12 anos conseguimos que a SOLACI seja um ponto de referência obrigatório no exercício da Cardiologia Intervencionista. O livro de texto que apareceu durante o congresso do México no ano passado, e devemos nos esforçar para colocá-lo à disposição de um maior número de estudantes e residentes, é mais uma amostra do que estão produzindo os cardiologistas latino-americanos.

Em breve, nos reuniremos em Porto Alegre para atualizar conhecimentos e estreitar laços de união e amizade. Esta será uma boa oportunidade para convidá-los a participar ativamente por meio de trabalhos, presença constante e debate participativo nas sessões de cartazes. Esperamos vê-los em Porto Alegre no próximo 19 de julho.

Dr. Alberto Suárez Nitola
Ex-Presidente da SOLACI
1998-1999

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Cardíacas

O tratamento da fibrilação atrial. Perspectiva do cirurgião



//
Alex Zapolanski, MD, FACC, FACS.
Assistant Clinical Professor of Surgery
Columbia College of Physicians &
Surgenos
Director Valley Columbia Heart Center

A fibrilação atrial (FA) afeta aproximadamente entre 2,5 e 3 milhões de pessoas nos Estados Unidos. No caso de pacientes de 70 anos, a incidência de fibrilação atrial é de 5%. Aos 80 anos, 1 de cada 10 apresentará FA. A FA está associada ao risco aumentado de AVC, quase 6 vezes maior comparado com pacientes que não apresentam FA. Este risco é significativamente maior em pacientes com mais de 60 anos.

Em pacientes com fibrilação atrial não reumática, 90% dos êmbolos originam-se na aurícula atrial esquerda.

Historicamente foram usados fármacos para melhorar a taquicardia associada à FA. Estes tratamentos podem incluir diversos fármacos. Também indica-se a anticoagulação com warfarina para evitar a formação de coágulos na aurícula atrial esquerda.

A ablação com cateter introduzida nos últimos anos despertou grande interesse. O procedimento leva muito menos tempo, depende do operador e, ao mesmo tempo, só poucos centros conseguem resultados consistentes. Além disso, as complicações comunicadas na ablação com cateter incluem o desenvolvimento de estenose da veia pulmonar,

fístula atrio-esofágica e AVC devido à manipulação intracavitária.

O procedimento Cox-Maze foi ideado na década de 80 com a intenção de tratar cirurgicamente a fibrilação atrial. Na atualidade, a técnica Maze III que utiliza incisões cirúrgicas é o “padrão de ouro”, onde a ausência de FA após 10 anos de acompanhamento é de 97%. No entanto, este procedimento é bastante invasivo e tecnicamente complexo. Requer a utilização de *bypass* cardiopulmonar e também uma incisão de esternotomia.

Em 1998, quando as observações do Dr. Michel Haissaguerre e de seus colegas demonstraram que os focos arritmogênicos dentro das veias pulmonares poderiam desencadear a FA, a atenção do tratamento passou a se concentrar no isolamento das veias pulmonares através da ablação com cateter.

Os cardiologistas/eletrofisiologistas começaram a realizar procedimentos de isolamento da veia pulmonar na sala de hemodinâmica utilizando cateteres de radiofrequência. Os procedimentos são longos e complexos, e nem todos conseguem assimilar as técnicas. O objetivo é isolar eletricamente os focos que surgem do interior das veias ou se encontram contíguos ao ostium da veia pulmonar do resto do átrio esquerdo. O procedimento foi bem sucedido em pacientes com fibrilação atrial paroxística esporádica nos quais foi eliminada a condução das veias pulmonares a do átrio esquerdo, uma vez que muitos destes episódios começam nas veias pulmonares. Outras formas de fibrilação atrial parecem requerer um certo grau de ablação do substrato (por exemplo,

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

lesões transmuralis lineais no átrio esquerdo). A complicação mais notória após a ablação com cateter para a FA é a estenose de veia pulmonar, apresentada em cerca de 3 a 5% dos procedimentos.

Com a chegada das novas tecnologias como microondas, radiofreqüência, crio, laser e mais recentemente, ultra-som de alta freqüência, os cirurgiões se viraram para as ferramentas de ablação que permitiram um procedimento similar ao Cox-Maze tradicional, sem a necessidade de cortes nem suturas. Isso fez com que o tratamento cirúrgico da FA ganhasse força. No começo, os procedimentos eram realizados como tratamento coadjuvante quando os pacientes eram submetidos a procedimentos cirúrgicos por doença cardíaca estrutural. As fontes de energia criaram as “lesões” nos mesmos lugares em que o coração seria abordado pelo procedimento tradicional. Um dos aspectos mais importantes da ablação cirúrgica é a capacidade para isolar a aurícula atrial esquerda em todos os pacientes. Os procedimentos de cateterismo disponíveis atualmente não contam com a tecnologia para isolar a aurícula atrial es-

querda. Atualmente, estão sendo realizados estudos que utilizam diversos dispositivos (Watchman®) para demonstrar o valor da exclusão da aurícula atrial esquerda com uma técnica endocavitária. Isto inclui a colocação de um dispositivo de nitinol com lingüetas presas da aurícula. O procedimento realiza-se de forma transeptal. A aurícula atrial esquerda possui uma anatomia errática, portanto a colocação do dispositivo pode ser complexa.

As técnicas minimamente invasivas desenvolvidas nos últimos 4 a 5 anos utilizaram microondas, técnicas de crioablação e radiofreqüência para ter maior acesso às veias pulmonares e conseguir o isolamento através de pequenas incisões e/ou pela via toracoscópica.

Em 2003, a nossa equipe adotou o uso da ablação por radiofreqüência bipolar através da utilização de uma técnica minimamente invasiva. Em colaboração com a equipe do Dr. Randall Wolf da Umiversidade de Cincinnati que desenvolveu a técnica, introduzimos este conceito na Argentina.

The new toys



REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

A técnica requer da assistência toracoscópica e do acesso à cavidade pericárdica através de incisões bilaterais no nível do terceiro espaço intercostal. Estas incisões só se estendem 5-6 cm e utiliza-se a retração de um tecido macio entre as costelas para evitar a pressão nos nervos intercostais. As veias pulmonares são facilmente circuladas e utiliza-se energia de radiofrequência bipolar (ATRICURE®) para isolar os pontos de origem da arritmia. O sistema possui um mecanismo de retroalimentação que garante a transmuralidade da lesão, assegurando um isolamento completo. A operação é completada com a ligadura ou transeção externa da aurícula atrial esquerda.

A taxa de sucesso em pacientes com FA paroxística é elevada. Noventa por cento dos pacientes continuam com ritmo sinusal normal. O sucesso em pacientes com FA crônica é 60%.

A permanência hospitalar média é de 2 a 3 dias. Os pacientes cumprem com o regime terapêutico de drogas pré-operatórias e anticoagulação durante 3 meses após a operação. A interrupção da medicação é realizada com a confirmação do sucesso cirúrgico.

Alguns pacientes foram derivados para cirurgia por apresentar contra-indicações clínicas de warfarina e o principal propósito da operação é a eliminação da aurícula.

O procedimento de Wolf Mini-Maze está ganhando popularidade e já foram realizados mais de 800 procedimentos nos Estados Unidos.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

Entrega com confiança

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

**O primeiro DES de segunda geração
desenvolvido para liberação de fármaco**

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Extracardíacas

Angioplastia abaixo do joelho na isquemia crítica



//
Dr. Hernán Bertoni
Serviço de Cardiologia Intervencionista e Terapêutica Endovascular
Clínica Bazterrica e Sanatorio Santa Isabel
Buenos Aires, Argentina

Introdução: Com base no documento da *Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC)*, a isquemia crítica crônica dos membros inferiores (ICC) (estádio III e IV de Fontaine ou estágio IV a VI de Rutherford) caracterizado por dor de repouso de mais de 15 dias de evolução, úlceras ou gangrena, devido às lesões estenótico-oclusivas das artérias dos membros.

A ICC é a principal causa de amputação dos membros, sendo a diabete, o tabagismo e a insuficiência renal crônica os principais fatores de risco. As demoras no controle imediato desta situação clínica incrementam significativamente o risco de amputação. Em muitos pacientes deve ser considerado um procedimento de revascularização visando restaurar o fluxo arterial, o que permite a ocorrência do processo de cicatrização e o alívio da dor.

Tratamento endovascular

Indicação: A eleição terapêutica nunca é fácil e impõe a intervenção de um grupo médico multidisciplinar formado pelo especialista clínico em doença vascular periférica, o cirurgião vascular e o intervencionista endovascular.

A American Heart Association (AHA) e a Society of Interventional Radiology (SIR) classificaram as lesões infrapatelares em quatro categorias sugerindo: trata-

mento endovascular nas lesões de categoria 1 e 2, avaliação da possibilidade cirúrgica e endovascular por igual nas lesões de categoria 3, e indicação da resolução cirúrgica para as lesões de categoria 4.

Nos casos de oclusão completa da artéria femoral superficial associada a lesões infrapatelares, podem ser consideradas técnicas combinadas como *by-pass* fêmoro-poplíteo seguido de angioplastia distal, em um único ato terapêutico.

Objetivo do tratamento endovascular: O principal objetivo do tratamento endovascular é salvar o membro (evitar uma amputação maior) ou preservar um pé funcionante, sendo a permeabilidade das artérias tratadas no longo prazo um objetivo secundário. Muitas vezes, é suficiente a restauração do fluxo direto até o pé (isto é, um eixo arterial contínuo desde a artéria femoral comum) por umas semanas, permitindo a cicatrização da úlcera e o desaparecimento da dor. De fato, a oclusão secundária de um vaso previamente tratado não leva inevitavelmente a uma isquemia recorrente, provavelmente devido ao desenvolvimento de circulação colateral ou à ausência de fatores desencadeantes (trauma, infecção) que originaram o episódio inicial de ICC. Em muitos pacientes o estudo diagnóstico bilateral permite observar maior comprometimento vascular no membro assintomático do que no sintomático.

Técnica: O tratamento endovascular deve ser realizado em uma sala de angiografia adaptada para este tipo de intervenções. O acesso é por punção anterógrada da artéria femoral comum homolateral, usando um introdutor 5 ou 6Fr. A via contralateral

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

só é utilizada caso não seja possível colocar um acesso homolateral. Uma vez colocado o introdutor, administra-se 5000UI de heparina.

Após colocado o acesso, prévia realização de uma toma de imagens, é introduzida uma micro-guia 0,014" de 2 ou 3cm flexíveis distalmente e bom suporte no restante. A utilização de "road map" é imperativa para avançar pela via endoluminal e diminuir a quantidade de meio de contraste. Nos casos de oclusão completa e distal, recomenda-se a recanalização das lesões descendendo com a guia um micro-cateter 3Fr para maior suporte.

A eleição do balão é muito importante. Devem ser utilizados balões não complacentes, do mesmo diâmetro ou 1mm menor que o vaso a ser tratado. A insuflação deve ser gradual e ser mantida 1 a 2 minutos uma vez atingida a expansão completa do balão. Isso irá diminuir a probabilidade de dissecação e *recoil* elástico do vaso. Em caso de lesões longas, recomenda-se utilizar balões de 6 a 10cm de comprimento.

As dissecações provocadas pela angioplastia são inicialmente tratadas com insuflação prolongada (3 a 5 minutos). O controle final é realizado comparando-se o resultado angiográfico com o inicial, visando obter um excelente resultado da angioplastia (estenose residual menor a 30%).

É muito importante realizar uma correta compressão e hemóstase no local da punção a fim de evitar a aparição de hematomas e pseudoaneurismas que poderiam provocar queda no fluxo e originar uma oclusão aguda do vaso tratado.

Stenting: Embora os dados publicados na literatura evidenciem um incremento das intervenções

endovasculares no território infrapatelar, o uso de stents neste setor é controvertido e a data publicada na literatura internacional é muito pobre. Rand e col publicaram um estudo randomizado, prospectivo, comparando a angioplastia com o carbostent no território infrapatelar, em pacientes com ICC. Os autores trataram 53 lesões em 27 pacientes com angioplastia e 42 lesões em 24 pacientes com carbostent, encontrando uma permeabilidade primária aos 6 meses de 61,1% e 83,7% respectivamente. Estes resultados são estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Porém, embora os resultados da utilização de carbostent versus a angioplastia resultaram em uma significativa melhora em relação à permeabilidade primária, o salvamento do membro aos 6 meses foi de 95% no grupo de angioplastia, e de 92% no grupo de stenting.

Resultados da literatura: Muitos estudos acerca do tratamento endoluminal no território infrapatelar foram publicados até agora, sendo o primeiro relatado por Dotter e Judkins em 1964 e popularizado por Gruentzig em 1974. Embora os resultados sejam deferentes e a pobre sobrevida dos pacientes evidencie a existência de uma comorbidade séria, a técnica demonstrou ser efetiva no tratamento de ICC. Wagner e Rager publicaram em 1998 uma revisão da literatura de trabalhos sobre angioplastia infrapatelar publicados entre 1984-1997 com um total de 1284 membros tratados. No trabalho, os autores encontram um sucesso técnico de procedimento entre 76% e 100%, com salvamento do membro em 86%. Embora a população de pacientes e os métodos variem muito nesta avaliação, os autores concluem que a angioplastia foi uma ferramenta muito útil no tratamento da ICC e no salvamento de membros. No entanto, a restenose foi o principal inconveniente da angioplastia, e isso exigia futuras inovações nesse sentido.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Em 2001, Dorros e col relataram um estudo sobre angioplastia infrapatelar com o maior acompanhamento afastado já publicado na época. Neste estudo prospectivo não randomizado, o sucesso técnico e clínico foi de 95%. O resultado do estudo foi alentador: 5 anos de acompanhamento clínico demonstraram um salvamento de membro de 91%, onde somente 8% dos pacientes precisaram de um *by-pass* distal e 9% de uma amputação maior. Em 2003, Wagner e col publicaram em um estudo controlado e prospectivo o efeito da angioplastia sobre o suprimento de oxigênio tecidual e a microcirculação na área do pé em pacientes portadores de ICC. O controle após 6 semanas mostrou um efeito positivo, tanto no repouso quanto depois do exercício em pacientes tratados.

Conclusão: O tratamento endovascular abaixo do joelho em pacientes portadores de ICC é uma técnica promissora e efetiva, com um campo de ação enorme baseado na quantidade de pacientes diabéticos (e com arteriopatia associada) em toda América Latina.

O controle integral destes pacientes exige uma equipe multidisciplinar conformada por um especialista clínico em doença vascular periférica, um intervencionista endovascular, um especialista em diabetes e um cirurgião vascular.

Nos próximos anos, as novas terapias como stents farmacológicos, terapia gênica e a estimulação da medula espinal certamente irão completar o leque de possibilidades terapêuticas para nossos pacientes.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

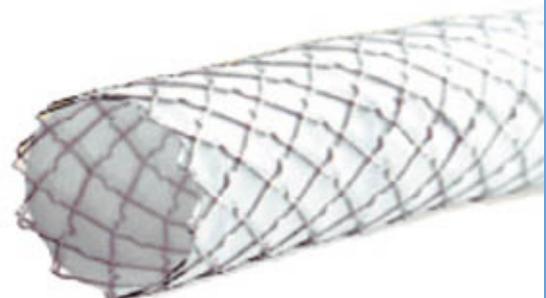


SGX
covered stent

FORÇA RADIAL E VISIBILIDADE

O design exclusivo em "sanduíche" do SGX stent recoberto promove a inclusão do enxerto de PTFE ao stent sem necessidade de sutura. O PTFE é colocado entre dois stents flexíveis de aço inox. Os stents são unidos nas suas porções distais e proximais. O resultado deste design é um stent com grande visibilidade, alta força radial e selamento efetivo.

www.abbottvascular.com



APRESENTAÇÃO DE CASOS

Caso 1

Situs viscerus inversus e estenose renal

//

Dr. Manuel Rivera Castaneda
INSACOR
El Salvador

Paciente de sexo masculino de 65 anos de idade que no dia 10 de Janeiro de 2006 foi submetido a uma coronarioventriculografia diagnóstica solicitada pelo cardiologista. O paciente apresenta situs viscerus inversus, hipercolesterolemia, hipertensão tratada com 4 fármacos antihipertensivos e creatinina de 1,6. A angiografia mostrou estenose interventricular anterior de 40 % no terço proximal e médio, estenose circunflexa de 40 % no terço médio, coronária direita 40 % antes da cruz.



A arteriografia renal de rotina evidenciou estenose de 80 % no nível do ostium da artéria renal direita.



Decidiu-se realizar uma revascularização percutânea com stent renal 7x19 direto.



O resultado foi bem-sucedido.

Opinião do Dr. Juan Manuel Telayna:

Com relação ao caso estudado e tratado pelo Dr. Manuel Rivera Castaneda existem dois aspectos importantes: o primeiro é a existência de uma má posição do coração e das vísceras abdominais, e o segundo, a coexistência de uma estenose renal séria; ambos constituem descobertas não esperadas durante a avaliação da doença coronária.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

A má posição do paciente, segundo o autor, é um Situs inversus, onde as vísceras intratorácicas e intrabdominales encontram-se posicionadas “em espelho” em relação ao normal (Situs solitus). Portanto, a ponta do coração neste paciente encontra-se à direita, situação que, geralmente, não está acompanhada por alterações cardíacas estruturais. Nos procedimentos e na interpretação dos diferentes quadros clínicos, deve-se considerar que a aorta ascende pela direita, o fígado encontra-se à esquerda, o baço à direita, o cego à esquerda; etc. Neste caso, o rim operado é o direito anatômico e o esquerdo “funcional”. Dada a anatomia renal normal, no Situs Inversus não cabem considerações especiais para a instrumentação diagnóstica ou terapêutica deste rim.

O outro aspecto é a descoberta da estenose renal grave. Não encontramos nenhuma publicação da existência de uma relação especial entre a má posição visceral e a presença de estenose renal. A mesma parece ser uma coexistência neste paciente. Portanto, parece ser “uma estenose renal mais como descoberta em um paciente com doença coronária e hipertensão arterial”. Embora a indicação aceita para revascularizar uma estenose renal é a presença de HTA devemos considerar que define-se a HTA refratária quando o tratamento inclui três drogas com doses plenas (sendo uma delas um diurético). Se fosse o caso, o seguinte, dado que o paciente apresenta aterosclerose e fato-

res de risco, é diferenciar entre HTA refratária essencial e secundária a doença renovascular. Realizaram-se estudos de angioplastia renal que consideraram a “curação” da HTA como ponto final. Acredito que devemos começar a estudar mais profundamente estes pacientes para poder entender a fisiopatologia do impacto da estenose renal na função do órgão e, por outro lado, tratar de determinar o “momento ótimo para seu tratamento”. Neste sentido, a busca de estenose renal sistemática em populações “de risco” de pacientes submetidos a estudos das artérias coronárias ou outras pode nos levar a perder a oportunidade de estudar e indicar com maiores fundamentos a revascularização renal.

Com relação à técnica utilizada para revascularizar este rim e ao resultado angiográfico, foram impecáveis.

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

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Gustavo Schipani. Clínica Bazterrica. Buenos Aires, Argentina.

Relação e resultados de longo prazo da trombose do stent demonstrada angiograficamente com stents eluidores de Sirolimus e Paclitaxel

Kuchulakanti P, William W, Torguson R, Zhenyi Xue, Smith K, Fournadjieva J, Suddath W, Satler L, Pichard A, Kent K, Waksman R, (Circulation. 2006; 113: 1108-1113)

Embora a trombose intrastent (TIS) aguda, subaguda ou afastada tenha uma baixa incidência de apresentação, trata-se de uma grave complicação que inclui uma alta taxa de morbimortalidade. Foi principalmente relacionada ao uso de stents farmacológicos (SLD) e, atualmente, continua sendo tema de debate. Pouco se conhece da associação entre SLD/TIS e as características clínicas e angiográficas dos pacientes. Nesta análise, foram registrados prospectivamente 2974 pacientes, nos quais foi implantado um SLD; foram identificadas 38 (1,27%) TIS (5 agudas, 25 subagudas e 8 tardias), corroboradas angiograficamente ou por anatomia patológica. Este subgrupo foi comparado com os pacientes que não apresentaram TIS. Na análise das variáveis clínicas e angiográficas, observou-se que a diabetes, a insuficiência renal crônica, o tratamento da artéria descendente anterior, as bifurcações e a reestenose "in-stent" (casos complexos) foram fatores de predição

de maior TIS, tanto na análise com uma ou múltiplas variantes, com diferenças estatisticamente significativas. **A interrupção do clopidogrel foi um fator de predição independente de TIS:** 36% em pacientes com TIS vs. 10% em pacientes sem TIS ($p=0,001$). Não houve diferenças entre Rapamicina ou Paclitaxel; 94,7% dos casos de TIS foram bem resolvidos por via endovascular, mas com uma alta taxa de mortalidade que ascende até 20% nos casos de TIS aguda.

Estas descobertas nos confirmam que a TIS é uma complicação grave que ocorre com maior frequência em pacientes com fatores de predição clínico/angiográficos de risco terapêutico. A incidência é similar à observada previamente com stents convencionais. Um regime anti-plaquetário adequado e prolongado mais uma minuciosa técnica de implante guiada em casos selecionados, com ultra-som intravascular poderia reduzir sua incidência.

Abciximab em pacientes com Síndromes Coronárias Agudas que foram submetidos a uma intervenção coronária percutânea após pré-tratamento com Clopidogrel

Kastrati A, Mehilli J, Neumann F, Franz Dotzer, Pache J, Seyfarth M, Schühlen H, Dirschinger J, Berger P, Schömig A. for the Intracoronary Stenting and Antithrombotic Regimen: Rapid Early Action for Coronary Treatment (ISAR-REACT 2) Trial Investigators. JAMA. 2006; 295:(E1-E8).

O tratamento com clopidogrel prévio ao "stenting" coronário funciona como prevenção de complicações isquêmicas pós-procedimento em pacientes com Síndrome Isquêmica Coronária Aguda sem elevação do segmento ST (SICANST). O estudo ISAR REACT (I) demonstrou, em pacientes com

doença coronária estável, a mesma eficácia na prevenção de complicações isquêmicas utilizando uma dose inicial de 600mg de Clopidogrel com ou sem Abciximab. A grande crítica feita a este estudo é que ele não incluiu pacientes instáveis com alto risco clínico. O objetivo deste trabalho é responder

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

se o tratamento combinado de clopidogrel mais abxicimab em pacientes com SIKANST de alto risco clínico acrescenta ou não benefícios clínicos.

Foram incluídos em forma prospectiva e randomizada 2022 pacientes com SIKANST e marcadores de alto risco clínico (angina de repouso com troponina positiva ou infra-desnível do ST). Todos os pacientes receberam tratamento com 600mg de clopidogrel pelo menos duas horas antes da intervenção e da metade (1012 pacientes) escolhidos aleatoriamente, receberam abxicimab no início da ATC. O ponto final combinado foi morte, infarto ou necessidade de uma nova intervenção aos 30 dias.

Quando analisaram os resultados, observou-se uma redução significativa na taxa acumulativa de eventos (25% $p=0,03$) a expensas de menos infartos e mortes no ramo abxicimab. Mas esta diferença somente foi observada ao discriminar a população com troponina positiva (RR 0,71[0.54-0.95]). Não houve diferenças nas taxas de hemorragia entre ambos os grupos. Considerando estes resultados, os autores concluíram que uma máxima antiagregação plaquetária com clopidogrel mais abxicimab é segura e efetiva para reduzir eventos duros em pacientes com SIKANST e troponina positiva.

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

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

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

syngo IC3D
en Cardiología
Intervencionista

www.siemens.com/medical

Nosotros vemos una forma de proporcionar mejores resultados de la longitud de la lesión en nueve de diez casos

Results may vary. Data on file.

Proven Outcomes. Resultados probados en Cardiología Intervencionista. La definición exacta de la longitud de la lesión y de la selección de tamaño del stent en cardiología intervencionista ha entrado en una nueva dimensión – syngo IC3D. La nueva y revolucionaria forma de crear una imagen de 3-D de un vaso coronario que presenta la este-nosis como si estuviera justo frente a usted.

Ventajas claves:

- Gran precisión en la determinación del tamaño apropiado del stent.
- Sin los efectos del escorzo 2-D.
- Destacadas capacidades de reporte para el paciente y el médico.
- Reducción del tiempo y costos por incremento de la eficiencia.

Siemens Medical Solutions that help

Visite nuestro sitio www.siemens.com/IC3D
Para mayor información envíenos un E-mail a:
IC3D.med@siemens.com

SIEMENS
medical

EU FARIA ASSIM

Opinião da Dra. Liliana Grinfeld

Caso: Lesão de trifurcação de tronco

//
Dra. Liliana Grinfeld
 Servicio Hemodinamia y
 Cardiología Intervencionista
 Hospital Italiano de Buenos Aires
 Argentina

Apresenta-se o caso de uma paciente de 82 anos que ingressa com um quadro de angina instável de risco clínico elevado por marcadores positivos (trop +), grande lesão anterior e sinais de insuficiência cardíaca.



Evolui rapidamente para choque cardiogênico e é realizada uma cinecoronariografia que evidencia:



Rapidamente, é consultado o serviço de cirurgia cardiovascular e a paciente é descartada para uma revascularização de urgência.

Qual seria sua estratégia? Por quê? Comente a respeito dos materiais que escolheria potenciais complicações, truques e segredos deste procedimento?

Como primeira medida, colocaria BIAC. Com um introdutor de 8 Fr. e um cateter guia Extra Backup, colocaria 3 cordas floppy 0.014 a DA, Cx e RI, e posicionaria balões de 3.0mm em DA e Cx. Ali, realizaria *kissing balloon* e depois avaliaria a permeabilidade do RI, tentando não insuflar um balão a menos que exista protrusão de placa com obstrução ostial (nesse caso, colocaria um balão 2.5mm).

A continuação, implementaria a técnica de *Ostial Crushing (mini-crushing)* que consiste em posicionar um stent eluidor de drogas (SLD) de 3,5mm em ostium de Cx com mínima protrusão para o TCI e um balão 3.0 no TCI para DA. Depois, impacta-se o

EU FARIA ASSIM

stent de Cx, retira-se meio balão de Cx para o TCI, coloca-se paralelamente com o balão do TCI-DA e realiza-se *kissing balloon*. Posteriormente, retira-se o balão de Cx, insufla-se o balão de DA e retira-se a corda de CX.

No TCI-DA, colocaria um SLD de 3,5 ou 4,0mm (deixando a corda em RI), cruzaria novamente os struts até Cx e retiraria a corda de RI. Com balões 3,5 e 3,0mm realizaria *kissing balloon* em DA-Cx. No caso de obstrução do RI, colocaria um balão de 2,5mm com altas atmosferas e concluiria com *kissing balloon* de DA-Cx. Se o RI permanecesse obstruído, aconselharia controle clínico.

Neste caso, optei por um tratamento de DA e Cx porque o RI não apresenta lesão própria. Escolhi a técnica de *ostial crushing* porque oferece proteção permanente de DA (com corda e/ou balão). Não realizaria V-stenting devido à angulação ser muito aberta.

Possíveis complicações:

- Obstrução/oclusão de RI: solução com balão ou stent
- Dissecção de tronco (cobrir-se com os stents)

Medicação indicada: Abciximab para evitar trombose do stent até o efeito da carga de clopidogrel 600mg. Avaliar Eptifibatide ou Tirofiban, pelo efeito reversível perante a necessidade de CRM nos dias posteriores (uma vez que a paciente foi rejeitada para CRM por choque).

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

Escreva para: mboero@solaci.org