

Neste boletim, publicamos três casos de intervenção coronária percutânea que demonstram de forma prática sua aplicação nas síndromes coronarianas agudas como na angina instável (caso 1), no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST com angioplastia primária (caso 2) e angioplastia pós-fibrinólise eletiva (caso 3).

Com satisfação publicamos a foto da Santa Casa de São Sebastião do Paraíso-MG, onde o grupo HCI pretende prestar seus serviços e corresponder às expectativas dos colegas naquela instituição a partir de outubro próximo.



Até o próximo boletim!

Praça Com. João Pio Figueiredo Westin, 92 - Caixa Postal 50 - CEP: 37.950-000
S.S.Paraíso - MG. - Fones: (35) 3531-1822 e 3531-1924.

UNIDADES

Santa Casa de Ribeirão Preto



Av. Saudade, 456 - Campos Elíseos
Cep: 14085-000 Ribeirão Preto SP
Fone: (16) 3635-9668 - Fax: (16) 3635-9848
e-mail: hci@hci.med.br

Equipe: Drs. Luiz Albanex Netto,
José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo, Elias de Mello Ayres Neto,
José Fábio Fabris Junior e Igor Matos Lago.

Hospital e Maternidade São Lucas



Rua Bernardino de Campos, 1426
Cep: 14055-130 - Ribeirão Preto SP
Fone Fax: (16) 3607-0182 / 3607-0179
e-mail: joseluis@hci.med.br

Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo,
Elias de Mello Ayres Neto,
José Fábio Fabris Junior e Igor Matos Lago.

Hospital das Clínicas Samuel Libânio



Av. Prefeito Sapucaí, 109
Cep.: 37550-000 - Pouso Alegre MG
Fone/Fax: (35) 3449-2186
e-mail: alan@hci.med.br

Equipe: Drs. Alan Nascimento Paiva, Carlos
Henrique Raggiotto, José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo, Elias de Mello Ayres Neto,
José Fábio Fabris Júnior e Igor Matos Lago.

Amecor Hospital do Coração



Av. Rubens de Mendonça, 898
Cep.: 78008-000 - Cuiabá MT
Fone: (65) 3612-7053 - Fax: (65) 3624-3300
e-mail: hemocorcb@brturbo.com

Equipe: Drs. Jorge de Camargo Neto,
Leandro Coumbis Mandaloufas e
Rubens Dario de Moura Junior.

PUBLICIDADE

HOSPITALAR DEVICES

Qualidade para Salvar Vidas

DISTRIBUIDOR

Boston
Scientific



Edwards

'TORAY'

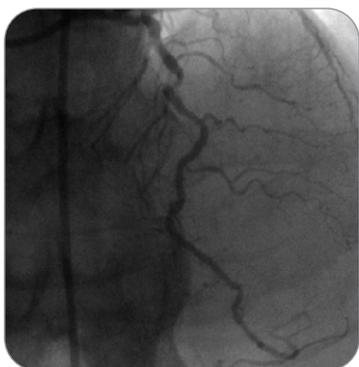
Fone/Fax:

(16) 3236 2939
(16) 3236 2940

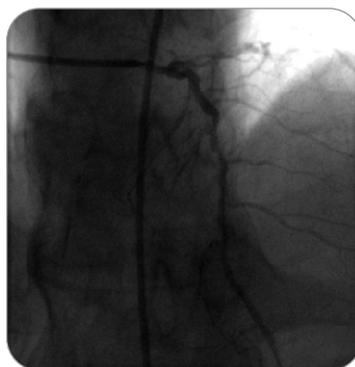
hospitalardevices@hospitalardevices.com.br
www.hospitalardevices.com.br

ANGIOPLASTIA ELETIVA COM BALÃO E STENT PARA ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR

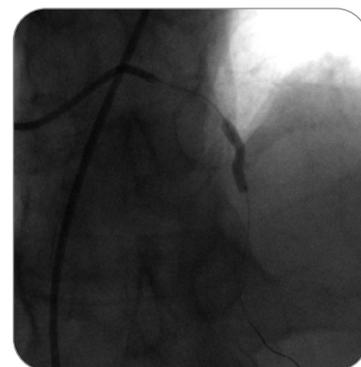
Paciente masculino de 85 anos, HAS, angina instável há 5 dias com cinecoronariografia revelando padrão tri-arterial de obstrução coronariana e déficit contrátil global moderado do ventrículo esquerdo com indicação cirúrgica recusada realizou angioplastia eletiva com balão e stent para artéria descendente anterior.



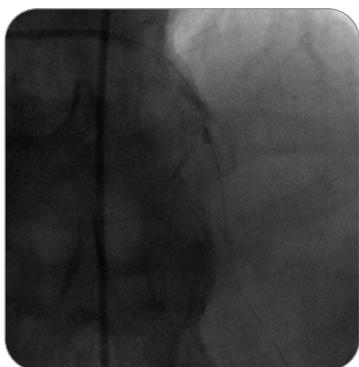
Artéria Descendente Anterior em projeção cranial com lesão severa (80%) em 1/3 médio.



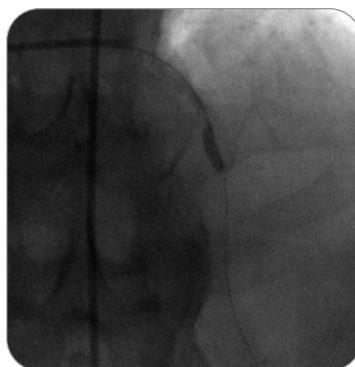
Resultado pós-angioplastia com balão Maverick® 1.5x15mm a 12 atm e balão Maverick® 2.0x9.0mm a 12 atm. (Nota-se melhora da lesão).



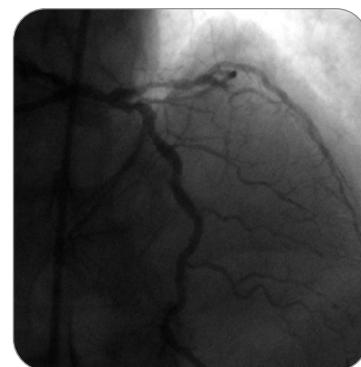
Implante de stent Liberté® 3.0 x 16mm a 12 atm.



Implante de segundo stent Liberté® 3.0 x 8.0mm a 12 atm ao nível de dissecação em borda distal do primeiro stent.



Pós-dilatação intrastent a alta pressão atmosférica (16atm).



Resultado final.

COMENTÁRIO

A Angioplastia coronária com balão e stent tem sido cada vez mais indicada nos pacientes multi-arteriais devido a seus resultados comparáveis aos da cirurgia.

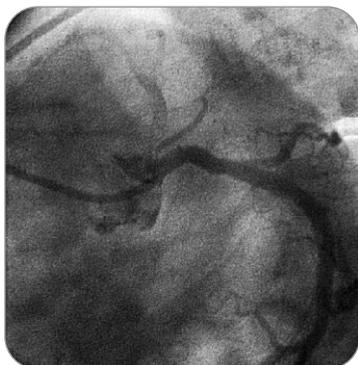
As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista – 2008 recomendam nesses pacientes, a saber:

- a) Classe I – A: Pacientes não diabéticos com anatomia favorável e VE com fração de ejeção normal;
- b) Classe II a – B: Pacientes diabéticos ou não com alto risco cirúrgico (reoperação, VE com fração de ejeção < 35%) e/ou comorbidades associadas com expectativa de vida < 5 anos;
- c) Classe II b – B: Pacientes bi ou tri-arteriais, diabéticos com anatomia favorável, com envolvimento de DA proximal e VE com fração de ejeção < 50%.

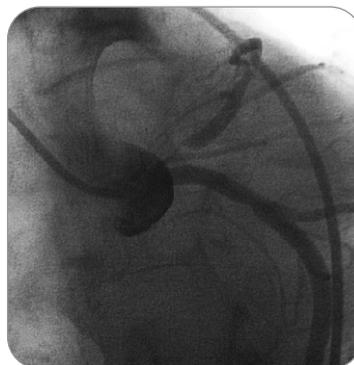
Este paciente de 85 anos, tri-arterial, VE com fração de ejeção <35%, angina instável, submeteu-se a angioplastia com balão e dois stents para artéria descendente anterior com sucesso, apresentou boa evolução e alta hospitalar dois dias após a angioplastia. Seu quadro clínico encaixa-se na recomendação Classe II b - B.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO TRATADO COM ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA

Paciente feminino, 52 anos, na vigência de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em parede antero-septal há < 4 horas.



Artéria coronária esquerda em projeção oblíqua esquerda-caudal mostrando boa opacificação de artéria circumflexa e pobre opacificação de artéria descendente anterior devido a óstios separados, ausência de tronco (anomalia rara) e lesão severa em origem desta última artéria.



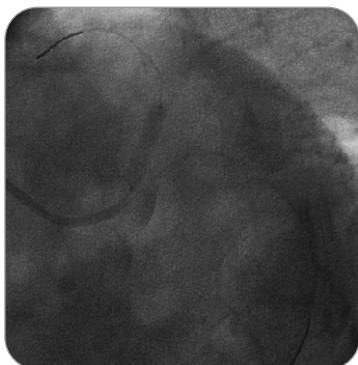
Projeção caudal mostrando detalhe de artérias coronárias esquerdas.



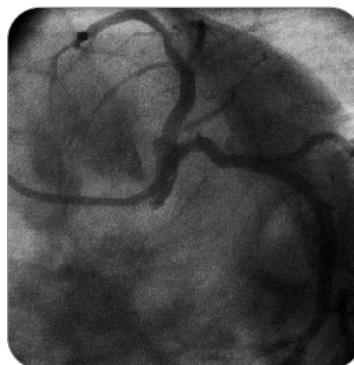
Passagem de fios guias Galeo® para artérias circumflexa e descendente anterior e angioplastia com balão Maverick® 2.5x12mm a 9 atm ao nível de lesão severa de DA.



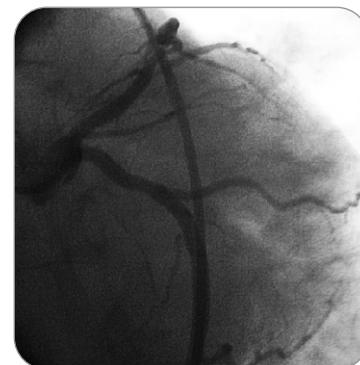
Resultado pós-angioplastia com balão.



Implante de stent Liberté® 4.0 x 16mm a 12 atm em DA.



Resultado final em oae-caudal.



Resultado final em caudal.

COMENTÁRIO

A Angioplastia Coronária Percutânea Primária (ACPP) com balão e/ou stent é a melhor opção de reperfusão coronária quando realizada em até 90 minutos do início do infarto agudo do miocárdio, assim como naqueles pacientes com contra-indicação para fibrinólise ou na vigência do choque. Segundo meta-análise publicada em 2003 por Grines e cols. esta reduz os índices de mortalidade (7% X 9%; $p = 0,0002$), reinfarto (2.5 X 6.8%; $p < 0,0001$) e acidente vascular cerebral hemorrágico (1% X 2%; $p = 0,0004$) aos 30 dias comparada aos fibrinolíticos.

Esta paciente deu entrada num hospital com hemodinâmica que funciona 24 horas/dia e recebeu tratamento de reperfusão coronariana mecânica, isto é, ACPP primária com **tempo porta – balão < 90 minutos**, apresentou evolução satisfatória e recebeu alta hospitalar no 4º dia pós-infarto do miocárdio.

**É recomendado que em caso de não haver a possibilidade de se realizar a ACPP no IAM

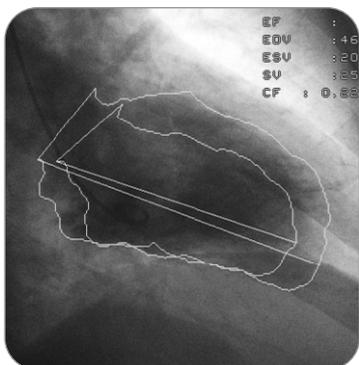
num tempo hábil, isto é, tempo contato médico – balão < 2 horas, fazer uso do fibrinolítico num tempo contato médico – agulha < 30 minutos. Atualmente, cada vez mais se preconiza a transferência do paciente com IAM de uma unidade de saúde para um hospital que disponha deste serviço

A transferência do paciente com IAM de uma unidade de saúde sem serviço de hemodinâmica para a realização de ACPP em < 3 horas tem demonstrado ser a melhor opção quando comparada à realização de fibrinólise.

Dentre os pacientes que mais se beneficiam com essa conduta, estão: a. Duração dos sintomas até o início da ACPP < de 2 horas; b. Contra-indicação para fibrinólise; c. Início dos sintomas há mais de 3 horas e menos de 12 horas; d. Transporte com monitorização intensiva.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO TRATADO COM FIBRINOLÍTICO E ANGIOPLÁSTIA ELETIVA

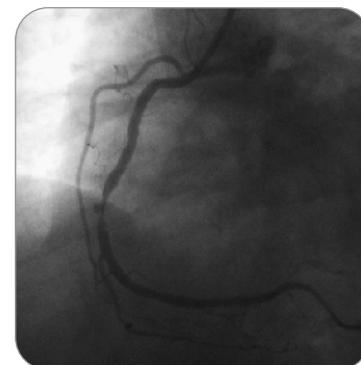
Paciente masculino, 59anos, sem fatores de risco, na vigência de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST em parede inferior tratado com estreptoquinase 1500000ui com menos de 2 horas de início dos sintomas. Foi encaminhado para o Hospital São Lucas – Ribeirão Preto- SP (estável hemodinamicamente) por continuar com dor precordial típica e supradesnivelamento do segmento ST pós-fibrinólise no intuito de realizar angioplastia de resgate. Após 2 horas de transporte, deu entrada no hospital com precordialgia nota I e resolução > 50% do supradesnivelamento do segmento ST, estável do ponto de vista hemodinâmico, respiratório e neurológico. Optado por conduta clínica intensiva e realização de cinecoronariografia na rotina a ser feita no 2º PIM que revelou Ventrículo esquerdo com déficit contrátil global discreto devido a hipocinesia inferior severa, Tronco de coronária esquerda e artéria descendente anterior sem lesões significativas, artéria circunflexa com duas lesões severas (70%) em 1/3 proximal-médio e artéria coronária direita com lesão severa (80%) em 1/3 médio com fluxo TIMI II. Foi realizado angioplastia com implante direto de stent com sucesso. Durante o procedimento apresentou o fenômeno de “ausência de fluxo” resolvido com a administração de adenosina. O paciente recebeu alta hospitalar no 5º PIM e encaminhado de volta para o seu clínico.



Ventriculografia esquerda em projeção oblíqua direita.



Artéria coronária esquerda em projeção caudal (Nota-se duas lesões severas seqüenciais em 1/3 proximal e médio de artéria circunflexa).



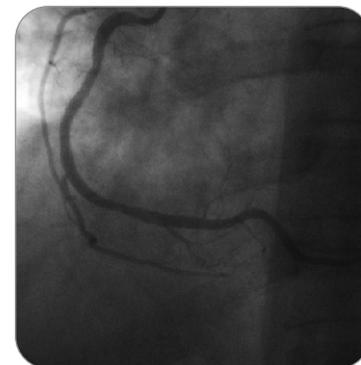
Artéria coronária direita em projeção oblíqua direita (Nota-se lesão severa complexa eccêntrica com imagem ulcerativa).



Passagem de fio guia Galeo® 0,014" e implante direto de stent Driver® 3.5 x 18mm a 14 atm.



Nota-se o fenômeno de “ausência de fluxo” logo após implantação do stent.



Resultado final em oblíqua direita após o uso de adenosina.

COMENTÁRIO

A angioplastia coronária de resgate tem sido cada vez mais indicada com o advento dos stents e do aprimoramento da farmacologia adjunta, isto é, a dupla medicação antiplaquetária. É recomendada naqueles pacientes submetidos a fibrinólise que persistem com precordialgia importante e pouca resolução do supradesnivelamento do segmento ST (<50%), não regressão ou nova elevação do supradesnivelamento do segmento ST em menos de 12 horas do início do IAM, falência ventricular (Killip III), choque e arritmias com instabilidade hemodinâmica.

Segundo meta-análise publicada em 2007 por Wijeyesundera e cols, esta reduz os índices de mortalidade (10,4% X 7,3%; p = 0,09); de reinfarto (10,7% X 6,1%; p = 0,04) e de insuficiência cardíaca (17,8% X 12,7%; p = 0,05).

A angioplastia coronária pós-fibrinólise eletiva também tem sido cada vez mais indicada com o advento dos stents e do aprimoramento da farmacologia adjunta. Segundo meta-análise publicada em 2006 por Collet e cols, quando realizada precocemente (<72 horas), esta reduz a mortalidade (3,8% X 6,7%; p = 0,07) e o infarto recorrente (7,4% X 13,2%; p = 0,006) comparada a uma abordagem mais conservadora.

Neste caso, optamos por realizar a cinecoronariografia no 2º dia pós-infarto, uma vez que o paciente apresentava-se estável, com melhora significativa da dor precordial e resolução do supradesnivelamento do segmento ST > de 50%. À cinecoronariografia (vide nesta página) a artéria culpada pelo infarto estava aberta com fluxo TIMI II-III sendo feito a angioplastia com stent com sucesso apesar de intercorrência do fenômeno de ausência de fluxo resolvida com administração de adenosina. Os estudos TRANSFER e STREAM estão em andamento e poderão nos dar uma resposta acerca do melhor tempo de indicação de cinecoronariografia no IAM tratado com sucesso com fibrinolíticos.