



BOLETIM INFORMATIVO

Ano 10 - Nº28 - Janeiro a Abril 2014

URGÊNCIA
24 HORAS

(16) 99721-0163

www.hci.med.br

EDITORIAL

Nesta 28ª edição do boletim informativo que o grupo de hemodinâmica e cardiologia invasiva divulga trimestralmente salientamos a oportuna lembrança de que a aortite sífilítica pode ser responsável tardiamente no desenvolvimento de lesões ostiais coronárias, especialmente em populações de risco de doenças sexualmente transmissíveis em áreas carentes de atenção primária à saúde, conforme relato de caso publicado pelo Drº Vicente Paulo Resende Júnior na revista brasileira de cardiologia invasiva.

Também de impotência no seguimento evolutivo de pacientes coronarianos estende-se a preocupação dos clínicos na detecção de outros locais de envolvimento aterosclerótico. Drº Alan Nascimento Paiva exemplifica caso de roubo de subclávia esquerda em paciente com

revascularização cirúrgica mamária-descendente anterior, que através do diagnóstico ultrassonográfico de fluxo reverso em artéria vertebral direita por estenose severa de tronco braquiocefálico pode ser abordado percutaneamente com implante de Stent vascular sob filtro de proteção cerebral.

Finalmente Drº Ricardo de Souza Alves Ferreira enumera as recomendações da sociedade europeia de cardiologia e cita estudos para avaliação de novos fármacos no contexto de terapias de antiagregação e anticoagulação em pacientes com fibrilação atrial, prótese valvar ou trombo intracardíaco que se apresentam com síndrome coronária aguda.

Clemente Greguolo

Santa Casa de Ribeirão Preto



Equipe:

Drs. José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo e
José Fábio Fabris Junior

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

Hospital e Maternidade São Lucas

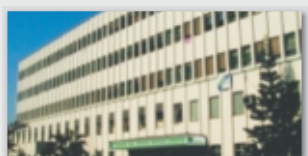


Equipe:

Drs. José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo
e José Fábio Fabris Junior

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

Hospital das Clínicas Samuel Libânio



Equipe: Drs. Alan Nascimento Paiva,
Carlos Henrique Raggiotto,
José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo,
José Fábio Fabris Júnior
e Vicente Paulo Resende Júnior

Av. Prefeito Sapucaí, 109 - Cep.: 37550-000 - Pouso Alegre MG
Fone/Fax: (35) 3449-2186 - (35) 3449-2187 - e-mail: alan@hci.med.br

Amecor - Hospital do Coração



Equipe:

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

Av. Rubens de Mendonça, 898 - Cep.: 78008-000 - Cuiabá MT
Fone: (65) 3612-7053 - Fax: (65) 3624-3300 - hemocor@hci.med.br

Santa Casa de São Sebastião do Paraíso



Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos,
Clemente Greguolo,
José Fábio Fabris Júnior,
Renato Sanchez Antonio.

Praça: Com. João Pio Figueiredo Westin, 92 - Caixa postal 50 - CEP: 37.950-000
São Sebastião do Paraíso-MG - Fone: (35) 3539-1304 - e-mail: ssparaíso@hci.med.br

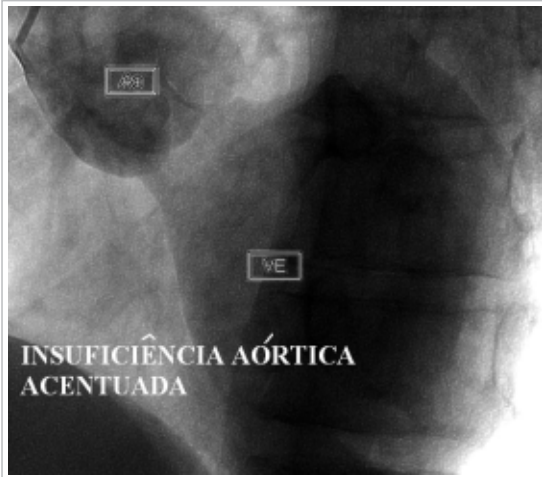
Hospital Nossa Senhora da Abadia



Equipe: Drs. César Franco de Souza,
José Fábio Fabris Junior,
José Luis Attab dos Santos e
Clemente Greguolo

Rua 16 nº 1648, Centro - Cep 38.300-070 - Ituiutaba - MG
(34) 3268-2222 / (35) 9203-8586 - Ituiutaba@hci.med.br

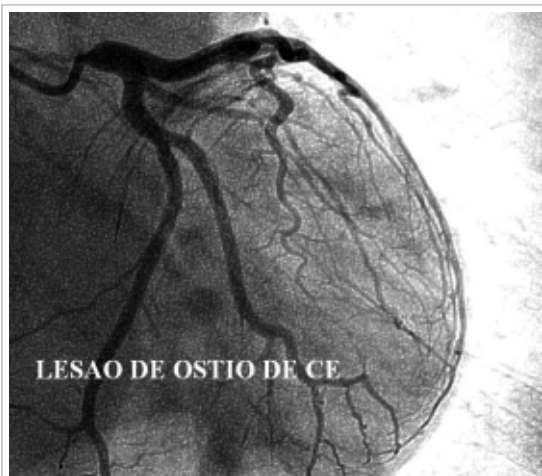
OBSTRUÇÃO CORONÁRIA BIÓSTIAL E INSUFICIÊNCIA AÓRTICA ACENTUADA EM PACIENTE COM AORTITESIFILÍTICA



A sífilis é uma doença infecciosa que se desenvolvem estágios sequenciais, podendo permanecer latente por vários anos, e sua forma terciária pode acometer os sistemas cardiovascular e neurológico.⁶ Em aproximadamente 30% dos pacientes não tratados, a sífilis terciária se manifesta entre 10 anos e 30 anos após a infecção primária.⁷

Dentre os que apresentam a manifestação da forma cardiovascular, a aorta ascendente é acometida em 50% dos casos, sendo a causa mais comum de óbito a ruptura de aneurisma sacular, em 80% dos casos. O acometimento direto da valva aórtica é raro, com a regurgitação ocorrendo secundária à dilatação aneurismática da aorta ascendente.² O comprometimento ostial também é raro e deve ser levada em consideração a etiologia sífilítica quando ocorrer lesão de ostios coronários em adultos jovens com história de promiscuidade.^{6,8}

O acometimento cardiovascular da sífilis pode ser dividido em quatro categorias: aortite sífilítica; aortite com formação de aneurisma; aortite com valvulite e insuficiência valvar aórtica; e estenose de ostios coronários.^{3,6} O presente relato engloba duas das principais manifestações do acometimento cardiovascular da sífilis. Heggveit⁴, em um estudo de 100 casos post-mortem de aortite sífilítica, constatou aneurisma de aorta em 40% dos casos, regurgitação valvar aórtica em 29%, lesão uni ou biostial em 26%, e regurgitação aórtica associada a lesão ostial em 14% dos casos.



É preciso ter em mente os diagnósticos diferenciais das arterites que acometem a aorta: arterite de células gigantes, mais frequente em pacientes idosos; e arterite de Takayasu, mais comum em mulheres jovens.^{2,3}

O tratamento da aortite sífilítica complicada é cirúrgico, com revascularização miocárdica e troca valvar aórtica, quando necessário. Tratamento pós-operatório com penicilina benzatina, em doses recomendadas para a sífilis terciária, é regularmente implementado para redução da chance de recidiva. Porém, sabe-se que, mesmo com a eliminação do *Treponema pallidum*, a chance de recidiva da doença ainda persiste.²



Em regiões brasileiras mais pobres, onde há alta prevalência de promiscuidade e baixa procura a serviços médicos especializados, o diagnóstico de sífilis e de suas complicações

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis – 2009 [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2011 mar. 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32151
2. Saraiva RS, César CA, Mello MAA. Aortite sífilítica: diagnóstico e tratamento. Relato de caso. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2010;25(3):415-8.
3. Wang R, Blume G, Souza Filho NFS, Moura LZ. Tronco coronária esquerda ocluso secundário a Lues terciária. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3):312-5.
4. Heggveit HA. Syphilitic aortitis: a clinicopathologic autopsy study of 100 cases, 1950 to 1960. Circulation. 1964;29:346-55.
5. Croti UA, Gregori F Jr, Marcial MB, Dallan LA, Gregori TE, Oliveira DS. Coronary bilateral ostial enlargement using the saphenous vein in a patient with syphilitic aortitis. Arq Bras Cardiol. 2000;74(2):153-8.
6. Machado MN, Trindade PF, Miranda RC, Maia LN. Lesão bilateral dos ostios coronários na sífilis cardiovascular: relato de caso. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2008;23(1):129-31.

7. Rockwell DH, Yobs AR, Moore Jr MB. The Tuskegee study of untreated syphilis: the 30th year of observation. Arch Intern Med. 1964;114:792-8.

8. Aizawa H, Hasegawa A, Arai M, Naganuma F, Hatori M, Kanda T, et al. Bilateral coronary ostial stenosis and aortic regurgitation due to syphilitic aortitis. Intern Med. 1998;37(1):56-9.

INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA EM TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO

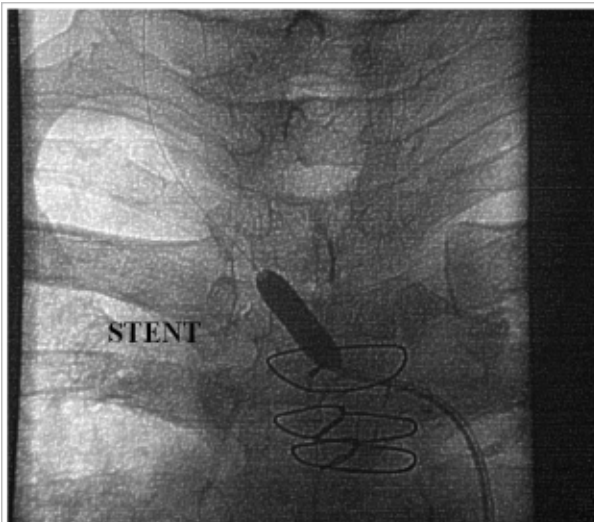


RELATO DE CASO:

L.A.S, masculino, 58 anos, leucoderma, diabético tipo 2, ex tabagista, coronariopata crônico, com história prévia de infarto do miocárdio inferior, sendo submetido à intervenção coronária percutânea para coronária direita, em março de 2009. Evoluiu com reestenose de stent e progressão da doença aterosclerótica para descendente anterior. Submetido, então à revascularização cirúrgica do miocárdio, com anastomose mamária interna esquerda descendente anterior, pontes de veia safena aortodescendente posterior e aortodiagonal, em julho de 2010.

No acompanhamento, foi solicitado Doppler de carótidas e vertebrais, para avaliação da extensão da doença aterosclerótica, o qual mostrou fluxo reverso na artéria vertebral direita.

O estudo angiográfico revelou: lesão severa em origem do tronco braquicefálico, com apacificação reversa do sistema vertebral à direita.



Realizado, então, angioplastia com implante de stent Express Vascular SD 6,0 x 18 mm a 12 atm, utilizando filtro de proteção cerebral em carótida direita, com sucesso.

O paciente recebeu no dia seguinte, assintomático.

Discussão:

Estudos mostram que a intervenção percutânea em tronco braquicefálico, com ou sem implante de stent, é um procedimento seguro, com alta taxa de sucesso inicial, e que o implante sistemático de stent, provavelmente melhora os resultados a longo prazo.

As lesões ateroscleróticas em tronco braquicefálico não são frequentes. Apresentam frequência estimada em 1,5% e raramente levam a prejuízo à circulação cerebral, devido a circulação colateral frequentemente desenvolvida entre os vasos contralaterais, via polígono de Willis. Todavia, podem se manifestar com vertigens, ataxia, diplopia, desordens visuais, transtornos isquêmicos de membro superior, etc.

Neste caso tratou-se de paciente de meia idade, com fatores de risco para doença aterosclerótica, já coronariopata constante, que em acompanhamento ambulatorial de rotina, foi diagnosticado doença aterosclerótica severa em tronco braquicefálico.

Apesar de assintomático, com irrigação do membro superior direito dependente da subclávia contra lateral, apresentava revascularização do miocárdio utilizando mamária interna esquerda para descendente anterior, o que motivou seu clínico à indicação do tratamento percutâneo do tronco braquicefálico.

O procedimento transcorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta no dia seguinte.





SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL, O PAPEL DOS NOVOS ANTICOAGULANTES

A combinação de antiplaquetários e anticoagulantes, na prática clínica é comum no contexto das síndromes coronárias agudas (SCA), constitui um problema prático importante, envolvendo decisões difíceis, pela falta de estudos clínicos adequados e de recomendações neste cenário. O problema agrava-se de forma particular a partir do momento em que todos os doentes com SCA são medicados com dupla anti-agregação plaquetária (DAP), independente do tipo de stent implantado.

Mais de 10% destes doentes têm ou terão fibrilação atrial, denotando-se a dimensão do problema.

O benefício e o risco de uma eventual terapêutica tripla tem pouca evidência a nível de estudos clínicos.

A evidência sobre a combinação da dupla anti-agregação plaquetária com os novos anticoagulantes orais, ainda mais controversa deriva dos estudos recentes com dabigatrana, apixabana e rivaroxabana.

O contributo dos novos anticoagulantes orais, neste cenário, ainda é desconhecido.

A indicação atualmente aceita é na prevenção da trombose venosa (TVP) e embolia pulmonar (TEP) em doentes sujeitos a cirurgia ortopédica, sendo também eficazes na prevenção da embolia sistêmica e cerebral em doentes com fibrilação atrial não valvar, em comparação com a terapêutica clássica (enoxaparina ou varfarina).

A possibilidade de utilização da terapêutica tripla foi estudada apenas no contexto das SCA. Quatro estudos de fase II (RE-DEEM, RUBY-1, APRAISE-1, ATLAS ACS-1 TIMI 46) e dois estudos de fase III (APRAISE-2 e ATLAS ACS-2 TIMI 51) avaliaram a eficácia e segurança dos novos fármacos no contexto das SCA, nas quais a DAP é obrigatória e desse modo foi possível explorar a segurança da terapêutica tripla.

De toda esta investigação apenas o estudo (ATLAS ACS-2 TIMI 51) chegou ao fim.

De todos os estudos, a combinação da DAP com os novos anticoagulantes orais conduz sempre a maior taxa de eventos hemorrágicos, tendo sido este o principal motivo para que em grande parte, e à exceção do estudo realizado com rivaroxabana, os restantes fármacos tenham visto os seus programas comprometidos. A principal diferença no estudo ATLAS ACS-2 TIMI 51, realizado com rivaroxabana, está no fato de a maior taxa de complicações hemorrágicas ter sido contrariada de forma muito positiva pela redução de eventos isquêmicos, entre os quais se inclui uma redução da mortalidade cardiovascular.

Mas em uma análise recente o FDA recusou a proposta de expandir a utilização do rivaroxabana para que possa ser utilizado no tratamento de pacientes com SCA.

Até o presente momento a utilização de terapêutica tripla (DAP + novos anticoagulantes orais) realizados no contexto do tratamento das SCA não é recomendada, entre outros motivos por elevar as taxas de hemorragia.

A utilização da terapêutica tripla em outros contextos clínicos fica por agora vedada, até que estudos clínicos adequados a venham esclarecer.

As recomendações da sociedade de cardiologia europeia de pacientes que por outra indicação clínica já estejam anticoagulados (fibrilação atrial, prótese valvar metálica, trombo intracardiaco), levam em consideração alguns aspectos clínicos e relacionados à intervenção

—O grau de risco de sangramento (baixo ou intermédio x alto risco).

—O situação clínica na intervenção (eletiva, urgente, no contexto de SCA).

—O tipo de stent (farmacológico x não farmacológico).

Tabela 3. Recomendações incluídas no Documento de Consenso do Grupo de Estudos de Trombose da Sociedade Europeia de Cardiologia, para o manejo da terapêutica antitrombótica em doentes com fibrilhação auricular que implantaram stent coronário²⁶.

Risco hemorrágico	Contexto clínico	Stent implantado	Recomendações
Baixo ou intermédio	Intervenção electiva	Somente metálico	1 mês: terapêutica tripla com varfarina (RNI 2,0-2,5) + aspirina ≥ 100 mg/dia + clopidogrel 75 mg/dia + protecção gástrica Resto da vida: varfarina (RNI 2,0-3,0) em monoterapia
	Intervenção electiva	Diluidor de fármaco	3 (grupo olimus) a 6 (grupo paclitaxel) meses: terapêutica tripla com varfarina (RNI 2,0-2,5) + aspirina ≥ 100 mg/dia + clopidogrel 75 mg/dia Até 12 meses: terapêutica com varfarina (RNI 2,0-2,5) + clopidogrel 75 mg/dia* (ou aspirina, 100 mg/dia) Resto da vida: varfarina (RNI 2,0-3,0) em monoterapia
	SCA	Somente metálico/diluidor de fármaco	6 meses: terapêutica tripla com varfarina (RNI 2,0-2,5) + aspirina ≥ 100 mg/dia + clopidogrel 75 mg/dia Até 12 meses: terapêutica com varfarina (RNI 2,0-2,5) + clopidogrel 75 mg/dia* (ou aspirina, 100 mg/dia) Resto da vida: varfarina (RNI 2,0-3,0) em monoterapia
Alto	Intervenção electiva	Somente metálico**	2 a 4 semanas: terapêutica tripla com varfarina (RNI 2,0-2,5) + aspirina ≥ 100 mg/dia + clopidogrel 75 mg/dia Resto da vida: varfarina (RNI 2,0-3,0) em monoterapia
	SCA	Somente metálico**	4 semanas: terapêutica tripla com varfarina (RNI 2,0-2,5) + aspirina ≥ 100 mg/dia + clopidogrel 75 mg/dia Até 12 meses: terapêutica com varfarina (RNI 2,0-2,5) + clopidogrel 75 mg/dia* (ou aspirina, 100 mg/dia) Resto da vida: varfarina (RNI 2,0-3,0) em monoterapia

*A combinação varfarina (RNI 2,0-3,0) + aspirina (100 mg/dia), com IBP, se indicado, poderá ser considerada em alternativa.

**Devem ser evitados os stents diluidores de fármacos.

IBP: Inibidor de bomba de prótons; RNI: Razão Normalizada Internacional; SCA: síndrome coronária aguda.

Um aspecto importante relaciona-se com as opções que na sala de hemodinâmica devem ser tomadas, especialmente na escolha do stent, evitando a utilização de stent farmacológico, que necessita de maior tempo de DAP.

De igual modo o cuidado com os acessos vasculares e, em especial, o uso preferencial da via radial, contribuem de forma importante para a redução do risco de hemorragia, permitindo uma maior liberdade nas terapêuticas mais agressivas.

O manejo da terapêutica antitrombótica em doentes com fibrilhação atrial que requerem DAP é um desafio, marcados pela falta de evidência científica.

A informação de que dispomos permite considerar a combinação de dupla anti-agregação plaquetária com os agentes anti-vitamina K é passível de ser utilizada, admitindo-se contudo que a mesma envolve um risco de sangramento considerável.

A utilização da terapêutica tripla deve ser empregue durante o mais curto tempo possível.

A estratégia deve ser estabelecida pesando o risco trombótico e o risco hemorrágico.

Os novos anticoagulantes orais, necessitam de mais estudos clínicos, para sua liberação neste contexto, ainda não é recomendado seu uso.