

Editorial

Neste boletim informativo de 2013 trazemos a mensagem editorial com a expectativa de brevemente inaugurarmos o serviço de hemodinâmica e cardiologia invasiva em Ituiuitaba/MG nas dependências do hospital Nossa Senhora da Abadia, já que após término da sua especialização em diagnóstico e tratamento intervencionista das doenças cardiovasculares, o Dr. César Franco de Souza retornando à cidade de origem vislumbra a prática de sua especialidade.



Associando-se ao Dr. Eros da Mota Dias, grande incentivador e articulador da idéia e ao Dr. José Luis Attab dos Santos, com experiência reconhecida na organização, gestão e desenvolvimento do setor envolveram-se entusiasticamente no complexo projeto de estruturação do laboratório de cateterismo cardíaco contando com a diretoria técnico administrativa da instituição no apoio logístico para os planos de expansão hospitalar. Assim, estabeleceram metas para a construção da sala de exames seguindo normas técnicas exigidas pela Vigilância Sanitária e adquiriram equipamento moderno e importado de coronariografia e angiografia por subtração digital que irá proporcionar atendimento de referencia local e regional de pacientes que

necessitem de intervenções de angioplastia coronária no infarto agudo do miocárdio e angina de peito, valvoplastia com balão para dilatação de valvas cardíacas obstrutivas, implante de próteses e endopróteses para fechamento de defeitos congênitos e correção de aneurismas de aorta, colocação de Stents carotídeos, nas artérias de membros inferiores e de acessos de hemodiálise, colocação de filtros de veia cava para interrupção de tromboembolismo pulmonar. Tais procedimentos permitirão a diferenciação na assistência integral através de equipe médica e enfermagem devidamente treinadas nesta modalidade de terapêutica disponibilizando o serviço em período integral.

Como habitualmente fazemos serão abordados dados relevantes na prática

cardiológica onde expusemos revisão de mecanismos etiopatogênicos e terapêuticos envolvidos na endomiocardiopatia, na dissecação espontânea de coronárias bem como abordamos as diretrizes clínicas frente ao paciente com coronariopatia obstrutiva associada à fibrilação atrial.

Aproveitamos a oportunidade para dar boas vindas aos Drs. André Oliveira Fonseca e Ricardo de Souza Alves Ferreira, cardiologistas clínicos que ora iniciam residência em hemodinâmica com regime de dedicação integral e devem cumprir extenso programa teórico-prático de capacitação profissional assistidos pela preceptoria de todos os médicos do serviço.

Dr. 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

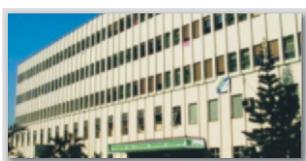


Equipe:

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 - hemecor@hci.med.br

Santa Casa de São Sebastião do Paraíso



Equipe: Drs. José Luis Attab dos Santos, Clemente Greguolo e José Fábio Fabris Júnior.

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: naiarahci@yahoo.com.br / ssparaíso@hci.med.br



Em parcela significativa dos portadores de FA, entre 20 – 30%, doença arterial coronariana esta presente, assim como 10% dos pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) apresentam fibrilação atrial.

Em pacientes com FA e submetidos a implante de Stent é necessário o equilíbrio entre a prevenção de um acidente vascular cerebral (AVC) e o risco de trombose do Stent por um lado e dos efeitos negativos da hemorragia por outro.

As diretrizes atuais recomendam, para a população em geral, o uso de terapia antiagregante dupla por 12 meses após o implante de stent na SCA (independente do stent utilizado), e quando eletivo, por 4 semanas após stent convencional (BMS) e 12 meses após stent liberador de fármaco.

No grupo de pacientes com FA o manejo é mais complexo, pois o tratamento AAS + clopidogrel é menos eficaz que os da anticoagulação oral (ACO) na prevenção de AVC e os ACO sozinhos são insuficientes para prevenir a trombose do stent.

Recentes publicações européias e norte americanas propõem o uso de terapia tripla (TT) para pacientes com FA que apresentam SCA ou com cardiopatia crônica que são tratadas com stent. Essa TT incluem o uso de ACO + AAS 100mg+ clopidogrel 75 mg por dia por curto prazo, seguido de ACO + único antiagregante e após um ano apenas o anticoagulante oral.

O uso do ACO melhora o prognóstico, inclusive nos pacientes com risco aumentado do sangramento (HAS – BLED > 3) reduzindo a mortalidade e os eventos cardíacos maiores, porém com aumento significativo das taxas de sangramentos maiores.

As estratégias para minimizar os sangramentos incluem:

- 1- Uso da via radial.
- 2- Manter INR entre 2.0 – 2.5.
- 3- Realizar a angioplastia sem interrupção completa do ACO, mantendo o INR próximo do limite inferior da janela terapêutica e evitando assim tratamento-ponte com heparina.

Outra importante observação é quanto a escolha do stent a ser implantado nos pacientes com FA, convencional (BMS) ou farmacológico (DES). Em publicação recente (EUROINTERVENTION 2013; 8: 1061- 1071) Thomas Pilgrim e Cols demonstraram que a presença de FA foi fator determinante para uma pior evolução clínica durante 04 anos em pacientes que receberam DES. Nestes pacientes houve um risco aumentado na mortalidade por todas as causas, AVC isquêmico, sangramento intracraniano e infarto não fatal, sendo estes riscos diretamente relacionados a maiores escores CHA₂ DS₂ -VASc.

Os achados, portanto ratificam as recomendações anteriores de que se deve evitar o uso de DES em portadores de FA, sendo seu uso reservado a paciente com risco muito alto de reestenose e risco de hemorragia baixo a moderado. Neste caso utilizando-se stents farmacológicos de segunda e terceira gerações, onde a TT seria limitada em 03 meses.

Recentemente apresentado em Munique- SEC-2012, o WOEST TRIAL o maior estudo randomizado sobre o tema, comparou 573 pacientes em uso de anticoagulação oral submetidos a implante de stent. Divididos em 2 grupos, os pacientes receberam anticoagulante oral + clopidogrel 75mg(terapia dupla) ou terapia tripla (incluindo AAS 80mg/dia). O período de administração era semelhante (1 mês após BMS e 1 ano após DES). O grupo terapia dupla apresentou diminuição nas taxas de sangramento sem diferenças em relação à trombose no stent, IAM ou AVC, o que pode vir a modificar diretrizes futuras.

Referencias bibliográficas:

Juan M. Ruiz-Nodar, Francisco Marín, Gregory Y.H. Lip

Rev Esp Cardiol. 2013;66:12-6. Tratamiento antitrombótico y tipo de stent en pacientes con fibrilación auricular a los que se practica una intervención coronaria percutánea

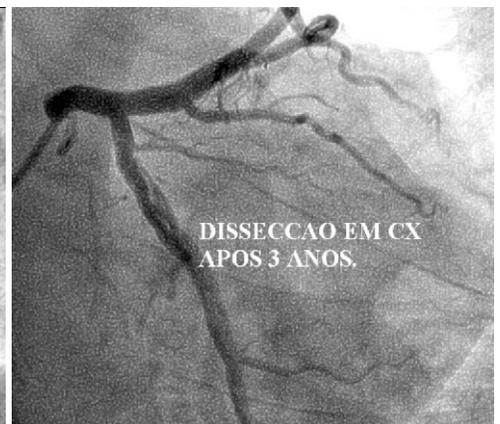
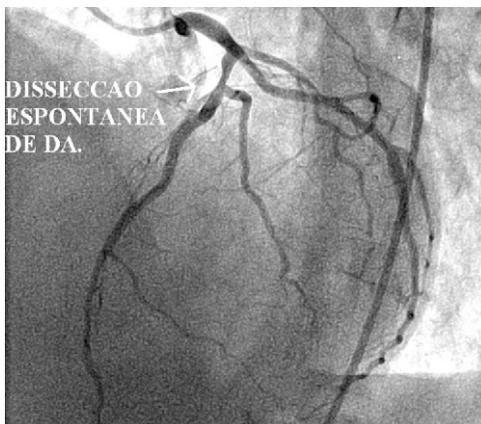
Faxon DP, Eikelboom JW, Berger PB, Holmes DR, Bhatt DL, Moliterno DJ, et-al. Consensus document: antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation undergoing coronary stenting. A North-American perspective. Thromb Haemost. 2011; 106:572-84.

Lip GY, Huber K, Andreotti F, Arnesen H, Airaksinen KJ, Cuisset T, et-al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary intervention/stenting. Thromb Haemost. 2010; 103:13-28.

The WOEST Trial: First randomised trial comparing two regimens with and without aspirin in patients on oral anticoagulant therapy undergoing coronary stenting .Willem Dewilde, Tom Oirbans, Freek Verheugt, Johannes Kelder, Bart De Smet, Jean-Paul Herrman, Tom Adriaenssens, Mathias Vrolix, Antonius Heestermans, Marije Vis, Saman Rasoul, Kaioum Sheikjoesoef, Tom Vandendriessche, Kristoff Cornelis, Jeroen Vos, Guus Brueren, Nicolien Breet, Jurriën ten Berg. ESC, Hotline III, Munchen, August 28th, 2012

A dissecção coronariana espontânea possui incidência relativamente baixa e em torno de 0,1% a 1,1% dos casos de isquemia miocárdica. Em até 50% dos casos pode ocorrer morte súbita e é eventualmente apenas diagnosticada em exames necroscópicos, devendo pois a patologia ter menor prevalência nas séries clínicas. Setenta e cinco por cento dos pacientes são do sexo feminino e têm envolvimento da artéria descendente anterior, enquanto que os do sexo masculino possuem a coronária direita como principal vaso envolvido.

Poucos fatores de risco foram associados à esta entidade, mas geralmente mulheres em idade reprodutível e que se encontram no puerpério ou no final de sua gestação são as mais suscetíveis devido a mudanças no tecido conjuntivo, com enfraquecimento da camada média do vaso, retenção hídrica e aumento do débito cardíaco além da elevação da pressão arterial durante o trabalho de parto que são fatores de susceptibilidade da mulher à dissecção espontânea. O prognóstico dos pacientes sobreviventes é muito bom, com taxas de sobrevivência próximas a 80% em 30 meses, com uma pequena ressalva quanto às mulheres acometidas fora do período puerperal, pois estas podem apresentar recorrência da doença em até dois meses do primeiro evento. Nos homens diagnosticados observa-se média etária mais alta e associa-se a múltiplos fatores de risco para doença aterosclerótica tendo como mecanismo etiopatogênico o rompimento de placas, hematoma da camada média e gerando solução de continuidade na íntima. Apesar da sua gravidade, os pacientes com a dissecção relacionada à aterosclerose parecem ter um curso mais benigno, pois têm chance de desenvolver uma rede de circulação colateral. Está descrito que na dissecção coronária espontânea relacionada à aterosclerose o hematoma parietal localiza-se entre as camadas íntima e média, enquanto nos casos relacionados à gestação e puerpério localiza-se na camada média ou entre as camadas média e adventícia. Outras condições que foram relacionadas à dissecção são: exercício físico extenuante, lupus eritematoso sistêmico, trauma torácico fechado, sarcoidose, displasia fibromuscular, ressuscitação cardiopulmonar, uso de cocaína, hipertensão, eosinofilia.



A manifestação clínica é variável nas formas de apresentação das síndromes coronarianas agudas e depende da extensão da dissecção e da artéria coronária acometida, tendo pior prognóstico no comprometimento multiarterial, no envolvimento do tronco de coronária esquerda e de artéria descendente anterior em mulheres fora do período puerperal.

O diagnóstico angiográfico apresenta-se como uma linha de dissecção separando as luzes verdadeira e falsa da artéria, área de retenção de contraste ou nos casos de hematoma intramural, apenas como uma estenose de bordos lisos. O ultrassom intracoronário possibilita o detalhamento da lesão, eliminando as dúvidas diagnósticas, auxilia na escolha da estratégia terapêutica, avalia os resultados do tratamento percutâneo e é ferramenta importante no seguimento clínico.

O tratamento ideal da dissecção espontânea não está definido ficando a terapia medicamentosa reservada aos pacientes e com dissecções limitadas e questiona-se o benefício dos trombolíticos que podem tanto dissolver o coágulo intramural como causar expansão de hematoma e consequente propagação da dissecção. O tratamento percutâneo com implante de stent deve ser considerado em pacientes sintomáticos, com dissecções bem delimitadas e não envolvendo o tronco da coronária esquerda, já que nestes devem ser encaminhados à cirurgia de revascularização miocárdica.

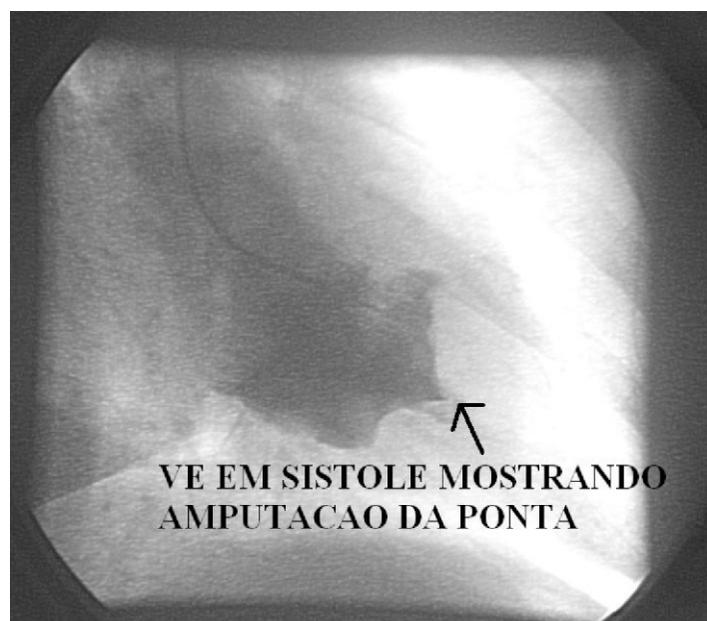
Referencias:

1. Dissecção coronariana espontânea .Relato de caso. Gustavo J. Ventura Coutol; Alexandre de O. Deslandes; Paulo César de Souza Santos; Alexandre de Araújo Cruz; Roberto Santos Saraivall. Revista brasileira de cirurgia cardiovascular . Volume 22, Numero 1–Janeiro a março de 2007
2. Dissecção Coronária Espontânea . Relato de caso . Erlon Oliveira de Abreu Silva, Fabio Rodrigo Furini, Fabio Monteiro Mota, Valter Correia de Lima .Revista brasileira de cardiologia invasiva Vol. 19 ,nº 1 - Março de 2011. Autores
3. Infarto Agudo do Miocárdio como Apresentação de Dissecção Espontânea Coronariana. Relato de Caso. Hellen Ast de Andrade, Luiz Augusto Feijó, Guilherme Cruz Lavall, Angelo Leone Tedeschi .Rev Bras Cardiol. 2010;23(2):251-254 .março/abril .

ENDOMIOCARDIOFIBROSE

História clínica:

Paciente hipertensa controlada, obesa e com diabetes não insulino dependente referindo dispnéia de pequenos esforços acompanhada de dor precordial atípica. Realizado eletrocardiograma que mostrou sobrecarga de ventrículo esquerdo e alterações secundárias da repolarização ventricular, teste ergométrico de baixo valor preditivo para isquemia coronária, ecocardiograma que evidenciou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo.



Procedimento:

Realizado estudo hemodinâmico por punção de artéria radial cuja coronariografia não detecta obstrução na circulação coronária e o Ventrículo Esquerdo mostra obliteração da cavidade ventricular com padrão angiográfico de endomiocardiofibrose. Por punção de veia na prega anterior do cotovelo Direito realizado ventriculografia esquerda que mostra acometimento obliterativo da porção apical trabecular. Não foram observados insuficiências das valvas tricúspide e mitral.

Evolução clínica:

Controlaram-se os fenômenos congestivos sistêmico e pulmonar com aumento diurético e IECA, não indicando-se a decorticação endocárdica porque a classe funcional é II (NYHA) e não há insuficiência valvar.

Médicos

Solicitem à secretaria da HCI seu cadastro no portal para disponibilizarmos os exames de seus pacientes online.

www.hci.med.br