
RELATO DE CASO

Angioplastia de tronco de coronária esquerda

Angioplasty of left main coronary artery

Julio Domingos¹, Wilson Albino Pimentel², Paulo Cícero Aidar Maiello³, Felipe Dal Pizzol⁴

Resumo

Reportamos o caso de uma paciente de 92 anos com quadro de insuficiência cardíaca e angina instável recorrente, em vigência de tratamento clínico otimizado, que apresentava alto risco cirúrgico e foi submetida à angioplastia percutânea e colocação de kissing stent revestido em lesão distal de tronco de coronária esquerda não protegido, apresentando após o procedimento melhora do quadro sem novos episódios de angina ou insuficiência cardíaca.

Descritores: Angina instável. Angioplastia percutânea. Stent. Pacientes idosos. Tronco de coronária esquerda.

Abstract

We report the case of a patient of 92 years with heart failure and unstable angina despite optimal medical treatment with high surgical risk who underwent angioplasty and kissing coated stent placement distal to the lesion in the left main coronary artery. After the procedure presented clinical improvement without new episodes of angina or heart failure.

key words: Unstable angina. Percutaneous angioplasty. Stent. Elderly patients. Left main coronary artery.

Introdução

A lesão do tronco de coronária esquerda (TCE) representa 5-9% dos pacientes com aterosclerose coronária e é o fator de maior gravidade na doença arterial coronária. A cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) é considerada o padrão ouro para o tratamento de estenoses em TCE não protegido. Essa noção é baseada em alguns estudos randomizados e observacionais que mostraram que a cirurgia está associada com melhor sobrevida quando comparada a terapia percutânea e medicamentosa ⁽¹⁾.

Com a evolução da intervenção coronariana percutânea, incluindo a introdução recente dos stents revestidos e a terapia antiplaquetária agressiva, renovou-se o interesse pela angioplastia com stent em TCE.

O tratamento cirúrgico é a opção terapêutica de escolha nos casos habituais, porém a angioplastia transluminal percutânea em TCE não protegido, considerado um procedimento de alto risco, pode ser realizado em casos específicos de pacientes com insuficiência coronariana não tratável clinicamente e que tenham risco cirúrgico inaceitável, nos quais a mortalidade operatória seria elevada. Nestes casos, angioplastia complementada com implante de stent revestido pode oferecer mais vantagens, com menor índice de complicações e possibilidade de melhora do quadro clínico.

Relato do Caso

Mulher de 92 anos, caucasiana, viúva, do lar, com diagnósticos prévios de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Paciente começou a apresentar dispnéia aos moderados esforços, que se tornou progressiva até se manifestar ao repouso, associada à dispnéia paroxística noturna e ortopneia. Neste mesmo mês apresentou quadro de dor retroesternal em aperto de forte intensidade com duração maior que 20 minutos, com eletrocardiograma com ritmo sinusal e bloqueio de ramo esquerdo (figura 1). O diagnóstico foi de infarto agudo do

-
1. Médico Cardiologista e Hemodinamicista. Instituição: Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Departamento de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.
 2. Médico Cardiologista e Hemodinamicista. Instituição: Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Doutor em Cardiologia pela Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo.
 3. Médico Cardiologista e Hemodinamicista. Instituição: Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.
 4. Médico Pneumologista. Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Doutor em Bioquímica.

miocárdio Killip III, sendo internada e optado por realização de tratamento conservador por opção da paciente e familiar, devido à idade já avançada.

Desde então evoluiu com quadro de angina instável e insuficiência cardíaca progressiva sendo novamente internada com insuficiência cardíaca descompensada. Durante a internação foi compensada clinicamente e submetida à cintilografia miocárdica com estresse farmacológico. O exame evidenciou hipoperfusão reversível em paredes anterior e septal (figura 2).

Como havia grande área de hipocaptação transitória na cintilografia miocárdica, foi realizada cineangiogramia que mostrava lesão ulcerada, severa (80%), em região de bifurcação no tronco da coronária esquerda. Mesmo em vigência de tratamento otimizado a paciente ainda evoluiu com novos episódios de dor precordial e descompensação da insuficiência cardíaca, então a paciente e familiares concordaram com o tratamento percutâneo. Realizada angioplastia percutânea pela técnica de Judkins com implante de kissing stent revestido com paclitaxel em TCE distal com sucesso e fluxo final TIMI III pós-implante (Figura 3).

A paciente evoluiu muito bem, sem novos episódios de dor anginosa ou descompensação da insuficiência cardíaca durante o primeiro ano de acompanhamento.

Discussão

A terapia cirúrgica é considerada o padrão ouro para o tratamento de pacientes com estenose em TCE não protegido. Essa noção é baseada em alguns estudos randomizados com seguimento clínico de pacientes com estenose de TCE não protegido consecutivamente tratados com cirurgia de revascularização miocárdica⁽¹⁾. Com o aumento da experiência dos operadores, a disponibilidade de materiais, o início do uso dos stents, a melhora na antiagregação plaquetária, a intervenção coronária percutânea (ICP) também está se mostrando eficaz na angioplastia de tronco de coronária esquerda⁽²⁾.

O ensaio internacional Syntax, multicêntrico, randomizou 1800 pacientes em seu total (lesão de TCE e/ou triarteriais) para serem tratados através de CRM ou ICP com stents com eluição de paclitaxel. No subgrupo dos pacientes com lesão de TCE não foi estabelecida diferença significativa no desfecho primário entre os grupos, nem tampouco quando alguns componentes deste foram avaliados separadamente (mortalidade total, mortalidade cardíaca e infarto agudo do miocárdio). Contudo, as taxas de acidente vascular encefálico foram significativamente mais elevadas no grupo CRM. Os des-

fechos de segurança se mostraram semelhantes entre os grupos, independentemente da extensão da doença arterial coronariana. Por outro lado, quanto mais extenso o acometimento vascular, maior a vantagem da CRM frente à ICP em termos de redução de taxas de novas revascularizações. Quando os resultados foram avaliados à luz dos valores do escore de SYNTAX, observou-se que naqueles indivíduos com valores baixos (0 a 22) ou intermediários (23 a 32) as taxas de eventos cardíacos maiores (ECM) foram equivalentes. Os pacientes tratados com ICP exibiram desvantagem em comparação com aqueles tratados com CRM quando o escore de SYNTAX era elevado (> 33), principalmente devido às elevadas taxas de novas revascularizações⁽³⁾.

O Registro multicêntrico MAIN-COMPARE apresenta o seguimento de longo prazo de uma grande coorte de pacientes portadores de lesões no TCE não protegido, tratados com as duas modalidades de revascularização. Foram incluídos 2.240 pacientes com lesões no TCE não protegido. Destes, 1.102 foram tratados por ICP com implante de stents [318 stents não farmacológicos (SNF) e 784 stents farmacológicos (SF)] e 1.138 foram tratados por CRM, no período de Jan/2000 a Jun/2006. Os resultados de três anos do presente registro já foram publicados previamente e mostraram equivalência entre as estratégias de revascularização cirúrgica e percutânea quanto aos desfechos de segurança (morte e o desfecho composto por morte, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral), enquanto o benefício da efetividade da estratégia cirúrgica foi alcançado à custa das maiores taxas de reestenose e necessidade de novas revascularizações no grupo percutâneo. Isto foi observado independentemente do tipo de stent utilizado (SNF ou SF)⁽⁴⁾. Esses principais estudos citados acima, sobre angioplastia de tronco de coronária esquerda, excluem pacientes idosos que apresentam um perfil distinto com morbidades mais frequentes e expectativa de vida limitada. Assim sendo, os resultados obtidos em pacientes jovens não devem ser extrapolados para pacientes idosos.

Pacientes idosos representam um dos segmentos que mais se expandem na população ocidental, e nos últimos anos um número crescente desses tem sido reportado tanto para terapia cirúrgica quanto para percutânea. No entanto, a escolha da melhor terapia de revascularização nesse contexto complexo representa uma preocupação na saúde pública. Angioplastia de TCE não protegido pode ser particularmente indicada para pacientes idosos que geralmente apresentam doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica, doença vascular periférica e outras morbidades, as quais aumentam o risco operatório e reduzem a expectativa de vida⁽⁵⁾.

Estudos preliminares mostraram que o uso de stents revestidos para tratamento de estenose de TCE não protegido está associado com desfecho mais favorável em médio prazo, o que é altamente competitivo com o tratamento cirúrgico ⁽⁶⁾.

Palmerini e cols compararam o resultado da terapia cirúrgica versus a revascularização percutânea com stent revestido, em 259 pacientes com mais de 75 anos e estenose em TCE não protegido. Neste estudo, 161 pacientes foram tratados com terapia cirúrgica e 98 pacientes com angioplastia com stent revestido. Não surpreendentemente, os pacientes submetidos à intervenção percutânea eram mais velhos, com maior risco para síndrome coronariana aguda e com risco cirúrgico mais elevado em comparação aos pacientes tratados com CRM, refletindo a tendência comum de indicar a revascularização percutânea em pacientes com risco elevado. Palmerini e Cols concluíram que não foi possível demonstrar diferença de mortalidade entre o grupo tratado com cirurgia em relação aos tratados com stent revestido ⁽⁵⁾.

Após análise dos últimos estudos, observa-se que a angioplastia de TCE não protegido está deixando de ser um tabu em pacientes de qualquer idade. Em casos eletivos bem selecionados, pacientes com comorbidades e elevado risco cirúrgico ou em situações de emergência, o implante de stent nesta área pode ser uma decisão lúcida, poupadora de tempo e redutora de morbimortalidade.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela saúde que me proporciona continuar vivendo.

Agradeço ao Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, onde foi minha especialização de Cardiologia e Cardiologia Intervencionista.

Agradeço ao Dr. Wilson Albino Pimentel, meu supervisor durante a especialização de Cardiologia Intervencionista.

Referências

01. Smith SC Jr, Dove JT, Jacobs AK, et al. ACC/AHA guidelines of percutaneous coronary interventions (revision of the 1993 PTCA guidelines)—executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (committee to revise the 1993 guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty). *J Am Coll Cardiol* 2001;37:2215–2239.
02. Chieffo A, Morici N, Maisano F, et al. Percutaneous

treatment with drug-eluting stent implantation versus bypass surgery for unprotected left main stenosis. A single-center experience. *Circulation* 2006;113:2542–2547.

03. Marie-Claude Morice; et al. Outcomes in Patients With De Novo Left Main Disease Treated With Either Percutaneous Coronary Intervention Using Paclitaxel-Eluting Stents or Coronary Artery Bypass Graft Treatment in the Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention With TAXUS and Cardiac Surgery (SYNTAX) Trial. *Circulation*. 2010;121:2645-2653.
04. Park DW, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Stenting Versus Coronary Artery Bypass Grafting for Unprotected Left Main Coronary Artery Disease – 5-Year Results from the MAIN-COMPARE (Revascularization for Unprotected Left Main Coronary Artery Stenosis: Comparison of Percutaneous Coronary Angioplasty Versus Surgical Revascularization) Registry. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:117-124.
05. Tullio Palmerini, Fabio Barlocco, Andrea Santarelli, et al. A comparison between coronary artery bypass grafting surgery and drug eluting stent for the treatment of unprotected left main coronary artery disease in elderly patients (aged \geq 75 years). *European Heart Journal* September, 2007.
06. Lee MS, Kapoor N, Jamal F, et al. Comparison of coronary artery bypass surgery with percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents for unprotected left main coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:864–870.

Fíguas

Figura 1. Eletrocardiograma.



Figura 2. Cintilografia de perfusão miocárdic

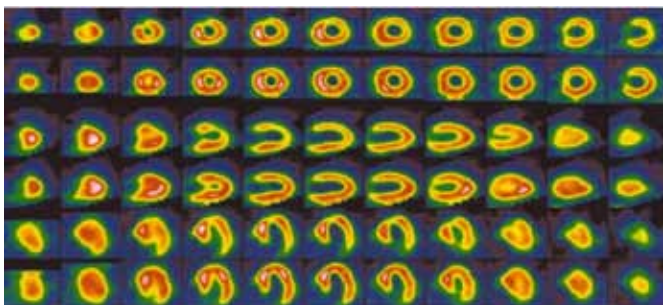


Figura 3. Angioplastia com kissing stent revestido em TCE.

