

Angioplastia Coronária de Lesões Proximais da Arteria Descendente Anterior

O tratamento ideal de pacientes com lesões proximais na artéria descendente anterior é controverso. A angioplastia coronária transluminal percutânea tem sido uma abordagem frequentemente utilizada, com sucesso primário acima de 95% e baixo índice de complicações, com incidência combinada de infarto, cirurgia de urgência e morte de aproximadamente 5%¹. No entanto, não existem evidências de que esta intervenção diminua a mortalidade ou a incidência de infartos quando comparada com tratamento clínico ou cirúrgico^{2,3}.

A reestenose, principal limitação da técnica, ocorre em 30 a 50% dos pacientes tratados com angioplastia coronária⁴. Dezenas de drogas já foram testadas sem sucesso, tanto em animais quanto em humanos, com o objetivo de suprimir ou eliminar as respostas histopatológicas indesejadas da parede arterial⁵. Recentemente, demonstrou-se que o anticorpo monoclonal c7E3 proporciona uma diminuição de 23% na incidência de eventos isquêmicos recorrentes em até seis meses de seguimento, embora este estudo não tenha realizado controle angiográfico dos pacientes⁶. Da mesma forma, um ensaio recente demonstrou que o trapidil, um agente antiplaquetário com efeitos antiproliferativos e antagonismo específico ao fator de crescimento derivado de plaquetas, pode reduzir a reestenose em seis meses de 40 para 24%⁷. Dentre os novos dispositivos, a aterectomia coronária direcional pode levar a um maior ganho agudo na luz do vaso e uma discreta diminuição da reestenose em seis meses, mas às custas de maior mortalidade e maior número de infartos após um ano de seguimento⁸. Em dois ensaios clínicos randomizados^{9,10}, o uso de *stents* de Palmaz-Schatz em lesões “de novo” de artérias coronárias nativas com diâmetro > 3mm proporcionou uma diminuição significativa da reestenose e melhor evolução clínica quando comparado à angioplastia convencional. O implante de *stents* sem anticoagulação e guiado por ultra-som intracoronário também tem sido apoiado por cuidadosa série de casos¹¹. Além disso, nos próximos meses poderão estar disponíveis resultados de ensaios clínicos que estão avaliando o papel da anticoagulação oral, do ultra-som intracoronário e da cobertura com heparina de *stents*¹².

Nesta edição dos Arquivos, Prudêncio e col, do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia em São Paulo, descrevem sua experiência com a realização de uma 2ª angioplastia por reestenose em 113 pacientes submetidos inicialmente à angioplastia coronária convencional de lesão proximal na artéria descendente anterior¹³. Os autores obtiveram excelente índice de sucesso na realização do procedimento (96%), com baixa incidência de complicações (3%) e uma sobrevida de 94% ao final de 5 anos. Um quarto dos pacientes necessitou novo procedimento de revascularização, distribuídos igualmente

entre cirurgia e angioplastia. A conclusão do estudo foi de que a abordagem de realizar uma 2ª angioplastia para reestenose de lesões proximais na artéria descendente anterior é segura e eficaz.

Uma observação interessante é de que 3,5% dos pacientes apresentaram infarto agudo do miocárdio (IAM) como manifestação da reestenose após a 1ª angioplastia e outros 5% daqueles que foram redilatados sofreram IAM ao longo do período de acompanhamento. Devido aos mecanismos envolvidos, o infarto do miocárdio é uma forma incomum de apresentação da reestenose, podendo ocorrer em áreas de miocárdio supridas por artérias sem lesões significativas e que, portanto, não são abordadas com angioplastia^{14,15}. Embora não seja descrito no estudo, esta tendência levanta a hipótese de que alguns dos infartos da série de Prudêncio e col¹³ tenham ocorrido à distância do território suprido pela artéria dilatada, caracterizando a dificuldade de prever quais lesões coronárias têm maior possibilidade de instabilizar e induzir infartos. A evidência de que não são as lesões mais graves que mais frequentemente instabilizam pode ser também uma das razões pelas quais não há evidência de que angioplastia proteja pacientes uniarteriais de infarto do miocárdio quando comparada ao tratamento clínico². Estas informações, em conjunto, levam a questionar fortemente a indicação de angioplastia coronária para pacientes assintomáticos.

Os autores referem que o grupo estudado foi selecionado de 1.329 pacientes que realizaram angioplastia da descendente anterior, mas a incidência total de reestenose na população não foi relatada. Como em outros estudos esta incidência tem oscilado entre 40 a 50%^{3,16}, não seria exagero estimar-se que, na pior das hipóteses, aproximadamente 500 pacientes do grupo inicial tenham apresentado reestenose. Saber a evolução clínica dos outros 400 pacientes que não realizaram uma 2ª angioplastia ao longo do seguimento do estudo seria interessante, pois forneceria um grupo controle contemporâneo para os pacientes tratados, o que, mesmo sem a realização de randomização, seria um importante ganho metodológico para o trabalho. Esta abordagem poderia, por exemplo, lançar alguma luz à questão da necessidade de dilatar novamente lesões angiograficamente significativas que não induzem sintomas, uma vez que 18% dos pacientes desta série eram assintomáticos.

Ao longo dos últimos anos, procedimentos terapêuticos têm sido introduzidos no Brasil e no resto do mundo bem antes da confirmação de sua eficácia por ensaios randomizados. A justificativa para o uso dos procedimentos é frequentemente fundamentada em séries de casos, eventualmente realizadas com o apoio da estrutura previdenciária. Uma vez que dispomos de um sistema

previdenciário nacional, não seria mais apropriado que o próprio sistema ajudasse a financiar ensaios randomizados que permitam responder rapidamente a perguntas fundamentais, de forma a evitar o desperdício de recursos em procedimentos potencialmente desnecessários, realizados em diferentes instituições? Atualmente, a cardiologia brasileira acumula razoável experiência em importantes ensaios multicêntricos internacionais^{17,18}, permitindo que possamos contribuir para o avanço do conhecimento. Saltar etapas do avanço do conhecimento, implantando novos procedimentos, eventualmente sem base científica ou ética, com o objetivo de promoção pessoal ou institucional, constitui-se um risco inaceitável.

Enquanto os resultados de ensaios multicêntricos e randomizados não são disponíveis, a avaliação de séries de casos é o recurso que o clínico pode lançar mão para seu processo decisório. Os dados do estudo de Prudêncio e col¹³ chamam a atenção pelo alto índice de sucesso primário, ocorrência rara de complicações e excelente sobrevida tardia, comparáveis às melhores estatísticas da literatura internacional^{19,20}. A seleção de pacientes com doença uniarterial, sem cirurgia de revascularização prévia, 20% deles assintomáticos e dois terços com lesões tipo A ou B₁ pode ter contribuído para estes resultados satisfatórios. A necessidade de novos procedimentos de revascularização após a angioplastia coronária foi bem ilustrada pelos autores e é também claramente evidenciada nos ensaios clínicos multicêntricos que compararam

angioplastia com cirurgia de revascularização em pacientes multiarteriais^{21,22}. A reestenose é uma ocorrência freqüente nas lesões proximais da descendente anterior e esta informação deve ser considerada no processo decisório. Os autores demonstraram que é possível, em nosso meio, alto índice de sucesso e excelente sobrevida quando se realiza uma 2ª angioplastia em um grupo de pacientes selecionados, em concordância com os estudos anteriores já citados.

Concluindo, a realização de uma 2ª angioplastia na descendente anterior para o tratamento de reestenose parece ser um procedimento seguro e eficaz para este grupo de pacientes, embora não se disponha de comparações adequadas com os outros tratamentos disponíveis. Entretanto, o clínico ainda continua sem uma resposta para a pergunta fundamental: teria sido necessária a indicação da 1ª angioplastia? Poderia ser argumentado que a melhor forma de evitar a reestenose é não realizar a 1ª angioplastia em pacientes que respondem ao tratamento clínico. A honesta discussão das vantagens e desvantagens dos procedimentos de revascularização com o paciente e seus familiares parece continuar sendo a única linha de ação adequada para o clínico.

Jorge Pinto Ribeiro e Alexandre Schaan de Quadros
Hospital de Clínicas de Porto Alegre e
Faculdade de Medicina da UFRS

Referências

1. Frierson JH, Dimas AP, Whitlow PL et al - Angioplasty of the proximal left anterior descending coronary artery: initial success and long-term follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1992;19: 745-51.
2. Parisi AF, Folland ED, Hartigan P. on behalf of the Veterans Affairs ACME Investigators - A comparison of angioplasty with medical therapy in the treatment of single-vessel coronary artery disease. *N Engl J Med* 1992; 326: 10-6.
3. Goy JJ, Eeckhout E, Burnand B et al - Coronary angioplasty versus left internal mammary artery grafting for isolated proximal left anterior descending artery stenosis. *Lancet* 1994; 343:1449-53.
4. Epstein SE, Speir E, Unger EF, Guzman RJ, Finkel T - The basis of molecular strategies for treating coronary reestenosis after angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1994; 23: 1278-88.
5. Chaves A, Sousa AGMR, Mattos LA et al - Reestenose coronária atual - dos mecanismos, da detecção e da terapêutica. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva* 1994; 2: 7-14.
6. Topol EJ, Califf RM, Weisman MT - Randomized trial of coronary intervention with antibody against plates IIB/IIA integrin for reduction of clinical restenosis: results at six months. *Lancet* 1994; 343: 881-86.
7. Maresta A, Balducci M, Cantini L et al - for the SARC Investigators - Trapidil (triazolopyrimidine), a plated-derived growth factor antagonist, reduces restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Results of the randomized, double-blind STARC study. *Circulation* 1994; 90: 2710-15.
8. Elliot JM, Berdan LG, Holmes DR et al - One-year follow-up in the coronary angioplasty versus excisional atherectomy trial (CAVEAT I). *Circulation* 1995; 91: 2158-66.
9. Serruys PW, De Jaegere PD, Kiemeneij F et al - A comparison of balloon-expandable-stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994; 331: 489-5.
10. Fischman DL, Leon MB, Baim DS et al - A randomized comparison of coronary-stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994; 331: 496-501.
11. Colombo A, Hall P, Nakamura S et al - Intracoronary stenting without anticoagulation accomplished with intravascular ultrasound guidance. *Circulation* 1995; 91:1676-88.
12. Serruys PW, Di Mario C - Who was thrombogenic: the stent or the doctor? *Circulation* 1995; 91: 1891-3.
13. Prudêncio LA, Centemero MP, Campos LFA et al - Eficácia da redilatação coronária em pacientes portadores de reestenose da artéria descendente anterior. *Arq Bras Cardiol* 1995;
14. Fuster V, Lewis A - Conner Memorial Lecture. Mechanisms leading to myocardial infarction: insights from studies of vascular biology. *Circulation* 1994; 90: 2126-46.
15. Libby P - Molecular bases of the acute coronary syndromes. *Circulation* 1995; 91: 2844-50.
16. Adelman AG, Cohen EA, Kimball BP et al - A comparison of directional atherectomy with balloon angioplasty for lesions of the left anterior descending coronary artery. *N Engl J Med* 1993; 329: 228-33.
17. EMERAS (Estudio Multicéntrico Estreptoquinasa Repúblicas de América del Sur) Collaborative Group - Randomized trial of late thrombolysis in patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1993; 342: 767-72.
18. Ribeiro EE, Silva LA, Carneiro R et al - Randomized trial of direct coronary angioplasty versus intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 376-80.
19. Teirstein PS, Hoover CA, Ligon RW et al - Repeat coronary angioplasty: efficacy of a third angioplasty for a second reestenosis. *J Am Coll Cardiol* 1989;13: 291-6.
20. Dimas AP, Grigera F, Arora RR et al - Repeat coronary angioplasty as treatment for reestenosis. *J Am Coll Cardiol* 1992; 19: 1310-4.
21. Hamm CW, Reimers J, Ischinger T et al - for The German Angioplasty Bypass Surgery Investigators - A randomized study of coronary angioplasty compared with bypass surgery in patients with symptomatic multivessel coronary disease. *N Engl J Med* 1994; 33: 1037-43.
22. RITA trial participants - Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: Randomised Intervention Treatment of Angina (RITA) trial. *Lancet* 1993; 341: 573-80.