

Stent farmacológico minimiza a ocorrência de reestenose



Angioplastia é a terapia invasiva mais utilizada para o tratamento da doença coronariana. Hoje, na maioria dos casos, é utilizado um stent para desobstruir a artéria. A importância do tratamento percutâneo, as inovações na área e o uso de stents farmacológicos são temas abordados pelo entrevistado desta edição, o Dr. Pedro Lemos, médico do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do InCor, professor colaborador da Faculdade de Medicina da USP e PhD em medicina pela Universidade Erasmus, na Holanda.

cárdiolípides - Qual a importância da cardiologia intervencionista no tratamento da doença coronariana?

Dr. Lemos - Os cuidados com a doença coronariana podem ser divididos em dois grandes ramos de tratamento: o medicamentoso e o invasivo. Deste último, há duas modalidades possíveis. Uma delas é a cirurgia cardíaca,

que pode ser, por exemplo, com ponte de safena ou enxerto de mamária. A outra é a angioplastia coronariana, feita hoje com um implante de *stent* em mais de 90% dos casos, em quase todos os centros de terapia. O *stent* é uma endoprótese metálica, colocada dentro da coronária. A angioplastia é, em número de procedimentos no Brasil e no

mundo, a modalidade invasiva mais praticada. A maior parte dos pacientes que se submetem ao procedimento invasivo para as coronárias realiza o tratamento percutâneo.

cárdiolípides - No InCor, o senhor tem desenvolvido algum trabalho específico nessa modalidade?

Dr. Lemos: Nós temos aqui no InCor um centro de cardiologia intervencionista que faz cerca de 10 mil procedimentos diagnósticos por ano, 2 mil cateterismos cardíacos e 2 mil angioplastias. Em aproximadamente 90% das angioplastias é utilizado o *stent* coronariano. Esse trabalho foi iniciado no hospital na década de 80, portanto já há uma experiência acumulada de mais de 20 anos. É um tratamento-padrão, feito rotineiramente no hospital, tanto de forma eletiva quanto em pacientes que chegam em emergência no pronto-socorro. Possibilita tratar pacientes em estado crônico ou agudo.

cárdiolípides - Quando é indicada a angioplastia coronariana?

Dr. Lemos -A angioplastia coronariana é indicada em uma série de situações clínicas. Por exem-

plo, para pacientes com doença coronariana crônica, aqueles que têm dor no peito ao caminhar, ou seja, que apresentam algum tipo de sintomatologia desencadeada pelo esforço. Também é recomendada para aqueles que não têm sintomas de esforço mas que em algum tipo de teste isquêmico, como o de esteira ou a cintilografia, apresentam sinais de sofrimento isquêmico do miocárdio. Esses pacientes são os crônicos. Os agudos são os que chegam ao pronto-socorro. O grau extremo é o infarto agudo do miocárdio. Nesses casos a angioplastia coronariana é chamada de angioplastia primária. Essa é uma situação em que a artéria se oclui subitamente pela formação de coágulo. A desobstrução mecânica através da angioplastia é o tratamento-padrão.

cárdiolípides - *Existe uma interação entre o tratamento intervencionista e o medicamentoso?*

Dr. Lemos - O tratamento medicamentoso, tanto para a angioplastia quanto em caso de cirurgia, é obrigatório. O controle com medicamentos atua na redução de fatores de risco e nos cuidados com a pressão arterial, o diabetes, os níveis lipídicos. É obrigatório para os pacientes que se submeteram a um tratamento invasivo, seja ele percutâneo ou cirúrgico. O percutâneo desobstrui a artéria, mas não evita que novos problemas

venham a ocorrer. Isso quem fazem são os medicamentos.

cárdiolípides - *É aconselhável o uso de estatinas junto com o procedimento intervencionista?*

Dr. Lemos - Existe uma plethora de informações na literatura médica mostrando que a estatina é obrigatória para todos os pacientes que têm doença coronariana diagnosticada. Todos os que se submetem a angioplastia têm doença coronariana diagnosticada, então devem se submeter ao tratamento de longo prazo com estatina. Isso vem da informação indireta de uma série de estudos e também da informação direta de um estudo randomizado, o LIPS, que testou essa droga em pacientes que haviam feito tratamento percutâneo e mostrou que ela é francamente benéfica.

cárdiolípides - *Há casos de realização de duas ou mais cirurgias de colocação de stent?*

Dr. Lemos - A doença coronariana apresenta um largo espectro de gravidade. Há várias maneiras de classificá-la. Uma delas utiliza o número de lesões com obstrução para tratamento. Se a doença tem uma só lesão, a chamamos de uniarterial; se tem duas, multiarterial. O tratamento percutâneo pode ser feito tanto em pacientes uniarteriais quanto nos multiarteriais. Como é um tratamento invasivo, mas muito menos invasivo do que a

cirurgia, ele também pode ser feito de maneira planejada. Realiza-se primeiro o tratamento de uma ou duas lesões, depois é marcada uma segunda intervenção, na mesma internação ou em outra, para cuidar das demais lesões. É possível fazer a angioplastia em vários tempos para o tratamento de várias lesões. Isso desde 2002 tem se tornado mais possível, por conta da introdução dos *stents* farmacológicos. A principal complicação dos *stents* convencionais, os metálicos, é que numa minoria de pacientes o *stent* que está dentro do local dilatado volta a estreitar-se. Chamamos isso de reestenose. Desde 2002 existem os *stents* farmacológicos, ou seja, recobertos com medicações, que minimizam muito a chance de o problema aparecer. É fácil entender que se temos o tratamento de duas, três, quatro artérias, a chance de reestenose vai se somando. Com os *stents* farmacológicos minimizamos isso ao extremo.

cárdiolípides - *Há a possibilidade de esses fármacos chegarem a um ponto ideal, de evitar totalmente a reestenose?*

Dr. Lemos - Com os *stents* farmacológicos que temos hoje em dia, a chance de reestenose clínica e a necessidade de ter que refazer um tratamento é da ordem de 4%. Isso é muito bom, pois podemos concluir que 96% das pessoas não precisam mais



fazer nenhum outro tipo de dilatação ou tratamento. Já atingimos um patamar muito bom. Isso não significa que não estejamos o tempo todo procurando empurrar a barreira do bom para o ótimo. Existem sempre novas contribuições aparecendo, e nesse campo específico não é diferente. Uma série de incrementos serão introduzidos nesses *stents* num futuro próximo.

cárdiolípides - *O stent farmacológico precisa de manutenção?*

Dr. Lemos - Precisamos entender que o nome reestenose não é bom. Por exemplo: o paciente tem doença aterosclerótica, faz a angioplastia e coloca um *stent*. Volta a estreitar – é a reestenose. Isso dá a impressão de que a doença voltou naquele local, por isso o estreitamento. Mas não é o que acontece. Na hora que implantamos o *stent*, que é um microtrauma, o organismo irá lançar uma série de mecanismos de cicatrização do local. Nesse processo, às vezes a cicatriz fica um pouco mais exuberante, e volta a estreitar. A doença não voltou, na realidade um estreitamento ocorreu no processo de refazimento cicatricial. O *stent* farmacológico não precisa abolir a doença aterosclerótica, não se trata disso. Precisa só abortar o processo cicatricial, autolimitado. O medicamento do *stent* é liberado durante um período relativa-

mente curto. Os *stents* hoje liberam fármaco por cerca de 30 a 90 dias. Então, ele é farmacológico apenas durante um tempo. Depois que a droga se vai, ele permanece no organismo como um *stent* convencional. Existem duas drogas usadas para recobrir *stents* no mercado. Uma delas é a rapamicina, medicamento utilizado para transplante de órgãos. É um imunossupressor. O outro é o paclitaxel, um antitumoral. Essas medicações tendem a abortar o processo de cicatrização, e não o processo aterosclerótico. No futuro, possivelmente teremos também *stents* farmacológicos que liberam medicação ou agentes bioativos que podem tratar a doença aterosclerótica.

cárdiolípides - *Haveria condição de um stent liberar uma estatina ou alguma droga similar?*

Dr. Lemos - *Stents* com liberação de estatinas já estão em teste. Não temos resultados clínicos. O InCor participa desse tipo de pesquisa. A tentativa é conjugar uma ferramenta que seja anti-reestenótica com um dispositivo de liberação local de medicações que alterem beneficemente o perfil da doença coronariana. À medida que o tempo passa, percebemos que o doente coronariano é muito heterogêneo. Cada doente é único. Também nesse caso a tentativa é de particularizar o tratamento para cada pessoa.

cárdiolípides - *Qual é a interação que existe entre os estudos da biologia vascular básica e aquela aplicada na prática clínica?*

Dr. Lemos - Hoje em dia fazemos uma ponte muito segura entre a biologia vascular de mecanismos mais básicos e aquela que quase é aplicada diretamente na prática clínica ou em ensaios pré-clínicos. No InCor trabalhamos muito com o professor Francisco Laurindo, do Laboratório de Biologia Vascular. Há uma ligação entre o que é desenvolvido no laboratório e o que vislumbramos como possível aplicação terapêutica. Na Faculdade de Medicina da USP tentamos conjugar os esforços das ciências básicas com os das ciências clínicas. Pretendemos que essa interação se torne cada vez mais íntima, com diversos pesquisadores, algo multidisciplinar. Nós aqui na Hemodinâmica e no setor de Biologia Vascular temos nos esforçado bastante para fazer com que isso venha a trazer frutos num futuro próximo.

Entrevistado:

Dr. Pedro Lemos

Médico do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do InCor.

Professor colaborador da Faculdade de Medicina da USP.

PhD em medicina pela Universidade Erasmus, na Holanda.