



COMENTÁRIO EDITORIAL

O *stent* é só uma peça no tratamento do EAMcSST

The stent is only one tool in the treatment of STEMI

Lino Patrício^{a,b}

^a Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

^b Serviço de Cardiologia, Hospital Espírito Santo, Évora, Portugal

Disponível na Internet a 1 de novembro de 2011

O artigo apresentado nesta revista *Outcomes of Drug Eluting Stents Compared to Bare Metal Stents in ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction* resulta dum registo de Angioplastia Primária entre 2005-2007 num Centro de grande volume em Portugal.

Objectivo de estudo, segundo os autores é comparar o outcome clínico de doentes com STEMI tratados por PCI primária com DES e BMS. Várias questões se levantam quando analisamos a *performance* comparada clínica e angiográfica, nestes tipos de *stent* em doentes com STEMI. Por um lado a segurança dos DES no contexto de uma oclusão trombótica coronária. Na grande maioria dos doentes existe uma oclusão total, o que implica não só uma maior carga de trombo, mas a incapacidade de avaliar convenientemente o diâmetro do vaso, que está muitas vezes espástico e com um fluxo TIMI inferior a três, mesmo depois de aberto. Esta segurança tem sido referida em vários registo e estudos aleatorizados como é referido no artigo. Por outro lado, a incapacidade dos BMS neste contexto angiográfico em que os vasos têm maiores diâmetros, as lesões são focais e poucas vezes calcificadas e difusas, ficou demonstrado em trabalhos aleatorizados com SES e PES que estes tinham menos reestenose que os BMS.

O que me parece mais interessante neste artigo é: a análise sobre o resultado final da angioplastia primária, que foi revista e que se traduz no grau de fluxo TIMI e *blush* finais, subida das troponinas, grau de resolução do segmento ST e a discussão sobre as diferenças clínicas e angiográficas entre

os dois grupos, que afinal traduz a decisão na escolha do operador entre DES e BMS.

O momento da escolha DES/BMS em angioplastia primária é crítico e de análise complexa. Grande parte da PCI primária é realizada em condições emergentes, sem o total conhecimento da história pregressa e adesão em terapêutica, num doente queixoso com dor e ansiedade e em alguns casos em doentes chocados com alteração do sensorio.

A escolha na utilização de DES neste grupo, foi superior em doentes com envolvimento da descendente anterior, com necessidade de tratar mais vasos e revascularização completa e com vasos e *stents* de menor diâmetro. Estas características basais foram devidas à decisão tomada pelo operador quanto à necessidade de reduzir a reestenose com DES. O facto de serem mais jovens os doentes em que foi feita a escolha pelos DES resultará porventura da ideia de existirem mais co-morbilidades em doentes mais idosos, não avaliadas e que se relacionam com um risco acrescido dum dupla anti-agregação prolongada após a utilização dos DES. Curiosamente o comprimento da lesão (comprimento dos *stents*) não foi um critério para a escolha por DES, bem como o número de *stents* implantados não foi superior no grupo DES, apesar de com estes terem sido tratados mais vasos. Assim, pressupõe-se que se utilizaram mais do que um BMS no mesmo vaso, que como sabemos é um factor de reestenose quando existe *overlap* neste tipo de *stents*. Também a diabetes *mellitus* não foi critério para a decisão por DES. Este facto pode associar-se à deficiente avaliação basal prévia à PCI primária como referi. Esta diferença basal entre os dois grupos influencia inevitavelmente o resultado na comparação da TLR e TVR.

Concluíram os autores que, na minha opinião porque foi utilizada esta tabela de decisão na implantação, os BMS

DOI do artigo original: [10.1016/j.repc.2011.09.002](https://doi.org/10.1016/j.repc.2011.09.002)
Correio eletrónico: linopatricio@gmail.com

tiveram resultado semelhante aos DES quanto à TLR e TVR no seguimento ao ano.

Estas diferenças básicas comparativas das duas populações poderiam também influenciar a análise do resultado final da PCI primária, mas menos que a TLR e TVR. Desconhecemos qual a percentagem de casos com *stenting* directo, aspiração de trombos ou mesmo o tipo de DES e BMS utilizados. No entanto, a semelhança entre os resultados angiográficos, electrocardiográficos e laboratoriais no final do procedimento, mostrou bem a boa *performance* de ambos, da segurança dos DES, mas também a irrelevância do tipo de *stent* para o resultado final. Com semelhante resultado final seria de prever semelhante ocorrência de eventos no seguimento: morte e reenfarte.

Faço notar que o tempo de *follow-up* é significativamente maior no grupo DES (DES 26,2; BMS 17,3 meses $p < 0,004$). Também por esse facto estes *stents* demonstraram-se muito seguros quanto à trombose tardia (zero casos),

desconhecemos no entanto, o tempo de dupla anti-agregação nos dois grupos. O «mito» da trombose tardia neste grupo de doentes com STEMI, também parece estar a desvanecer-se, o que é um contributo para a cardiologia de intervenção no tratamento de doentes complexos.

A angioplastia primária, mais do que na angioplastia efectuada em doentes com angina estável, está para além do bom resultado angiográfico. Esta deve ser avaliada, como foi efectuada neste estudo, pela resolução da dor e do ST, fluxo TIMI, *blush* final e curva enzimática. Desconhecemos os resultados da utilização dos DES e BMS se estes doentes tivessem sido aleatorizados (não era essa a metodologia), mas também não nos interessa. O que podemos inferir é que com esta decisão na utilização de DES e BMS em doentes com STEMI os resultados foram bons. Afinal o *stent* é só mais uma «peça» no tratamento de Doentes com Enfarte agudo do Miocárdio com Supra Desnívelamento do Segmento ST.