



COMENTÁRIO EDITORIAL

Deixá-lo tão simples quanto possível

Keep it as simple as possible

Rui Ferreira



Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

A angioplastia primária como terapêutica de revascularização no tratamento do enfarte agudo do miocárdio afirmou-se como uma intervenção com um impacto relevante na redução da mortalidade dessa situação clínica, nos tempos atuais é a terapêutica de eleição^{1,2}. Constitui uma verdadeira emergência cardiológica, atende à relação linear entre o tempo de evolução e os resultados obtidos.

A opção por essa estratégia terapêutica tem obviamente exigências de competências específicas dos operadores, largamente condicionadas pelo volume anual de procedimentos do centro e de cada um dos operadores individualmente. Múltiplos estudos levaram à definição de volumes mínimos de procedimentos recomendáveis, que passaram a integrar as diferentes recomendações internacionais.

Numa perspetiva focada essencialmente nos avanços técnicos, a evolução tecnológica e de engenharia veio permitir a crescente disponibilidade de novos materiais com características que facilitam a rápida e eficaz execução dos procedimentos: cateteres com novas geometrias, fios guia mais manobráveis, cateteres de aspiração mecânica de trombos ou *stents* com perfis mais adequados.

Nos últimos anos verificou-se outra modificação relevante: o uso preferencial da via de acesso radial em substituição da via femoral clássica. Vários estudos demonstraram a sua superioridade relacionada sobretudo com uma redução significativa das complicações hemorrágicas associadas^{3,4}.

Existe assim uma convergência de fatores que permite que seja atingido o objetivo mais relevante da angioplastia primária: a repermeabilização da artéria responsável pelo enfarte, o mais rápido possível com um fluxo adequado (TIMI 3).

A consolidação da experiência das equipas e dos operadores tem permitido também que sejam usadas algumas técnicas específicas para acelerar a rapidez dos procedimentos, como é exemplo o uso em primeira intenção de um cateter guia para abordar a previsível artéria responsável (coronária direita nos enfartes de localização inferior ou coronária esquerda nos enfartes estritamente anteriores).

No presente trabalho de Mark c. Arokiaraj⁵ é descrita a experiência no respetivo Centro (série de 34 casos) com outra solução de recurso: a feitura da angioplastia com cateteres de diagnóstico com maior diâmetro interno, o que possibilita o uso de balões, implantação de *stents* ou uso de cateteres de ultrassonografia (IVUS) e de tomografia de coerência ótica (OCT).

Essa solução é preconizada para as situações de urgência, nomeadamente no enfarte agudo do miocárdio e síndromas coronárias agudas, em que exista maior dificuldade

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.04.007>

Correio eletrónico: cruzferreira@netcabo.pt

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.001>

0870-2551/© 2018 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

de cateterizar seletivamente a artéria responsável com cateteres guia apropriados, evitam-se dessa forma o prolongamento dos procedimentos e o uso de maiores quantidades de agentes de contraste radiológico potenciadores de risco nefrotóxico.

A variante descrita apresenta, como é mencionado, várias limitações práticas que não são negligenciáveis, particularmente quando são previsíveis manobras técnicas de maior complexidade como as usadas no tratamento de bifurcações ou no caso de existir a necessidade de aspiração mecânica de trombos.

Salientamos também que nesse grupo de doentes descrito não foi usada a via de acesso radial em que os pressupostos de escolha de cateteres são diferentes e apenas foram usados cateteres de um único fabricante, desconhece-se se as considerações apresentadas são generalizáveis para outros materiais disponíveis nos diferentes laboratórios.

Independentemente da mais valia que essa solução possa vir a apresentar em situações específicas, reforçamos a importância decisiva da aquisição de experiência consolidada dos centros e operadores que fazem angioplastia primária no enfarte agudo do miocárdio e em síndromas coronárias agudas, diretamente relacionada com o adequado volume de procedimentos⁶. Esse é certamente um dos fatores essenciais para a obtenção de bons resultados clínicos.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Bibliografia

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61:e78–140.
3. Bernat I, Horak D, Stasek J, et al. ST-segment elevation myocardial infarction treated by radial or femoral approach in a multicenter randomized clinical trial: the STEMI-RADIAL trial. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Mar 18;63:964–72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.08.1651>. Epub 2013 Nov 21.
4. Hinohara TT, Rao SV. Current State of Radial Artery Catheterization in ST-Elevation Myocardial Infarction. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015 Nov-Dec;58:241–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2015.07.007>. Epub 2015 Jul 21. Review.
5. Arokiaraj MC. Emergency coronary angioplasty with stenting using Cordis diagnostic coronary catheters when there is difficulty in engaging guide catheters and bench evaluation of diagnostic and guide catheters. *Rev Port Cardiol*. 2018;37:117–25.
6. Gutierrez A, Tsai TT, Stanislawski MA, Vidovich M, et al. Adoption of transradial percutaneous coronary intervention and outcomes according to center radial volume in the Veterans Affairs Healthcare system: insights from the Veterans Affairs clinical assessment, reporting, and tracking (CART) program. *Bryson CL. Circ Cardiovasc Interv*. 2013 Aug;6:336–46, <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.113.000110>. Epub 2013 Aug 13.