

Intervenção ou não intervenção, Stent ou não-Stent, visão do médico assistente.

Inicialmente a angioplastia coronária restringia-se a revascularização de portadores de angina estável, o que perdurou até os meados da década de 80. Com o passar do tempo, ampliou-se as indicações, abrangendo as síndromes coronarianas agudas e a isquemia miocárdica silenciosa. A abordagem da cardiopatia isquêmica estável com angioplastia com balão mostrou sucesso elevado (91 a 92%) e com complicações maiores como morte, infarto e cirurgia de emergência com incidência reduzida. Posteriormente demonstrou-se o benefício da angioplastia x tratamento clínico, no que se refere a morbidade contanto não mostrando superioridade em relação a mortalidade em pacientes univasculares. Em relação a pacientes multivasculares, vários estudos foram realizados porém, com critérios de inclusão diferentes, e demonstraram que os pacientes portadores de doença multivascular e isquemia significativa, candidatos tanto à angioplastia como à cirurgia, é indiferente à escolha do tratamento, porque, de qualquer maneira não influencia a sobrevida livre de infartos, tanto na fase hospitalar como tardia (1 a 5 anos). Em multivasculares e biarteriais com envolvimento da artéria descendente anterior proximal e com disfunção de ventrículo esquerdo e lesões de tronco da coronária esquerda, são os que mais se beneficiaram com tratamento cirúrgico. No grupo de pacientes diabéticos e mulheres com lesões multiarteriais, a cirurgia pode proporcionar uma sobrevida maior tardiamente, portanto, deve ser considerada com maior ênfase. O impecilho inicialmente em relação a revascularização percutânea era devido as altas taxas de reestenose que chegava a uma média de 35%.

Com a introdução das endopróteses (Stents) demonstrou-se desde o início resultados superiores ao balão isoladamente (estudos STRESS e BENESTENT). À seguir a estratégia de liberação ótima (BENESTENT II), as novas endoprótese, melhores estratégias para o uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, surgimento dos inibidores da glicoproteína IIb/IIIa, com seus respectivos estudos, vieram a demonstrar resultados superiores aos obtidos inicialmente somente com angioplastia com balão.

REFERÊNCIA:

1. Bredlau CE, Roubin GS, Leingruber PP et al. In- hospital morbidity and mortality in patients undergoing elective coronary angioplasty. *Circulation* 72:1044, 1985.
2. Hartzler G. Complex coronary angioplasty: Multivessel/ multilesion dilatation. In Ischinger T (ed): *Practice of coronary angioplasty*. New York, Springer Verlag, pp 250-267, 1996.
3. Parisi A, Folland E, Hartigan P. A comparasion of angioplasty with medical therapy in the tratamento of single-vessel coronary artery disease. *New Engl J Med* 1992;326:10-6.

4. Roger WJ, Bourassa MG, Andrews TC, et al. A Symptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) Study: outcome at one years for patients with asymptomatic cardiac ischemia randomized to medical therapy or revascularization. J Am Coll Cardiol 1995;26:594-605.