

Prevenção da reestenose coronária: novas perspectivas.

A despeito de gratificantes resultados imediatos, a reestenose permanece como a principal limitação da angioplastia transluminal coronariana. Os mecanismos básicos envolvidos na reestenose, são o aumento da neo-íntima e o remodelamento vascular. A perda do endotélio favorece a incorporação do material trombótico e a expressão de mitógenos, que se associam à migração e a proliferação de células musculares lisas e posteriormente à síntese de matriz. Avanços tecnológicos estão sendo obtidos, mas algumas variáveis clínicas e angiográficas podem ser úteis, para auxiliar na separação dos pacientes de maior risco de reestenose. Alguns trabalhos demonstraram que a reestenose é mais freqüente em diabéticos, devido a maior formação neo-íntimal e trombogenicidade, e nos portadores de angina instável pela presença de trombo na placa. Em estudo realizado em pacientes dislipidêmico, o probucol demonstrou menor taxa de reestenose no grupo intervenção. Em relação aos preditores angiográficos da reestenose, o sítio da lesão, extensão da lesão (maior de 10 mm de extensão) e a morfologia da lesão devem ser observados, para estimar o grau de sucesso do procedimento. Além dos conhecimentos e as abordagens até o momento investigadas, a terapêutica com os novos agentes antiplaquetários, probucol, magnésio, estrógeno, beta-irradiação e mais modernamente por meio da transferência gênica, associados com a contribuição do ultrassom intracoronariano que nos permite melhores conhecimentos da fisiologia da reestenose. O uso dos Stents acoplados à beta-irradiação, inicialmente em experimentos animais, foram positivas com diminuição da área neo-íntimal, porém em humanos o sucesso não se repetiu. Tentativas com diferentes graus de irradiação parecem ser promissora. O maior êxito até o momento é o descoberta dos inibidores das glicoproteínas IIb/IIIa (abciximab, eptifibatide e tirofiban), que demonstraram em vários estudos a sua importância, em reduzir a reestenose e os eventos clínicos com ou sem Stent associado ao procedimento. Deveremos ter menos dificuldades no futuro

próximo para podermos manejar melhor a reestenose coronariana o verdadeiro calcanhar-de-Aquiles dos procedimentos intervencionistas.