

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

Entrevista com o Dr. Valter C. Lima

Tratamiento endovascular de la estenosis renal



//

Dr. Valter C. Lima

Prof. Livre Docente, Disciplina de Cardiologia, UNIFESP-EPM
Chefe do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
Hospital São Paulo-SPDM, Hospital do Rim e Hipertensão – FOR e Hospital SEPACO

1. Em pacientes submetidos a coronariografia, quando é necessário realizar angiografia renal?

Uma vez estabelecido o diagnóstico angiográfico de doença arterial coronariana multi-arterial extensa, o rastreamento angiográfico de estenose aterosclerótica da artéria renal deve ser realizado nas seguintes situações: hipertensão grave (refratária, resistente ou necessidade de três ou mais drogas anti-hipertensivas) (indicação classe I, nível de evidência B); atrofia renal unilateral ou assimetria renal > 1,5cm (indicação classe I, nível de evidência B); edema agudo de pulmão sem causa evidente (indicação classe I, nível de evidência B); insuficiência renal sem causa evidente, inclusive em paciente em início de terapia de substituição renal (indicação classe IIa, nível de evidência B); insuficiência renal precipitada ou agravada pelo uso de inibidores da enzima de conversão do angiotensina ou bloqueadores do receptor da angiotensina (indicação classe I, nível de evidência B); doença coronariana multi-arterial ou doença arterial perifé-

rica (indicação classe IIb, nível de evidência B); insuficiência cardíaca sem causa evidente ou angina refratária (indicação classe IIb, nível de evidência C). Estima-se que uma ou mais destas indicações estejam presentes em cerca de 20% dos pacientes submetidos a coronariografia.

2. Quais são as indicações de revascularização em um paciente com estenose renal?

As controvérsias sobre as indicações permanecem e foram realçadas com a publicação do estudo AS-TRAL, cujo resultado mostrou ausência de benefício da revascularização percutânea. Entretanto, várias condições não foram contempladas nesta investigação. Na prática médica as indicações abaixo prevalecem. Além disso, só foram incluídos pacientes que o médico assistente não tivesse segurança de benefício clínico da angioplastia.

Em tempo, segue a definição de estenose da artéria hemodinamicamente significativa: é qualquer estenose >70% ou estenose >50% e <70%

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

associada e gradiente de pressão sistólica, obtido com cateter >5 French, >20mm Hg.

Lista de indicações de angioplastia renal com implante de stent:

- EAR (estenose da artéria renal) hemodinamicamente significativa associada a insuficiência cardíaca recorrente ou edema agudo de pulmão sem causa definida (indicação classe I, nível de evidência B).
- EAR hemodinamicamente significativa associada a hipertensão maligna, resistente ou acelerada; hipertensão com rim pequeno sem causa definida; HAS em paciente intolerante a medicação (indicação classe IIa, nível de evidência B).
- EAR hemodinamicamente significativa bilateral ou de rim único funcionante associada a IRC (indicação classe IIa, nível de evidência B).
- EAR hemodinamicamente significativa e angina instável (indicação classe IIa, nível de evidência B).
- Assintomático com EAR hemodinamicamente significativa bilateral ou de rim único viável (>7cm) (indicação classe IIb, nível de evidência C)
- Assintomático com EAR hemodinamicamente significativa unilateral e rim viável (>7cm) (indicação classe IIb, nível de evidência C)
- Insuficiência renal crônica e EAR unilateral (indicação classe IIb, nível de evidência C).

3. Qual é o tipo de acesso vascular e qual é o cateter mais recomendável para estes procedimentos?

O acesso vascular habitual é femoral. Entretanto os acessos braquial e radial também podem ser utilizados em situações específicas. Cito a doença

aterosclerótica grave bilateral do sistema ilíacofemoral. Em vista da angulação favorável da artéria subclávia esquerda com a aorta descendente, o acesso braquial ou radial esquerdo costuma ser muito útil para angioplastia/stent renal de pacientes com aorta abdominal muito tortuosa.

Há várias opções de cateter guia como os cateteres dedicados para intervenção renal chamados RDC (*Renal Double Curve*), assim como alguns cateteres para angioplastia coronariana como JR, *Hockey Stick* e de artéria mamária interna esquerda.

Em casos extremos de complexidade anatômica, pode ser necessária a cateterização seletiva da artéria renal com cateteres diagnósticos mais finos. Neste caso, o mesmo é substituído depois pelo cateter guia através de um fio 0,035" de 300cm de comprimento.

4. Qual é o papel dos stents eluidores de fármacos neste tipo de procedimentos?

A reestenose intra-stent renal clínica (recorrência de estenose >50% e indicação de nova revascularização) ocorre em 10-15% dos casos e o papel dos stents farmacológicos não está estabelecido.

Saliente-se, entretanto, que a literatura sobre reestenose intra-stent renal é muito pobre.

Há alguns estudos não controlados que sugerem eficácia dos stents farmacológicos para tratar reestenose de stents convencionais. Entretanto, estes

ENTREVISTA COM OS ESPECIALISTAS

relatos descrevem o uso de stents farmacológicos coronarianos utilizados no território renal. Ainda não há stents farmacológicos renais dedicados aprovados para uso clínico.

5. Qual é a melhor estratégia para tratar uma estenose renal bilateral?

Estenose renal bilateral grave ocorre em 20%-30% dos casos com indicação de angioplastia. A principal preocupação neste contexto é o volume de contraste. Entretanto, operadores experientes e disponibilidade adequada de equipamento têm permitido que as duas artérias sejam tratadas no mesmo procedimento com sucesso e com pequeno volume de contraste na enorme maioria das vezes. Deve-se realçar que medidas de prevenção de nefrotoxicidade do contraste iodado, especialmente a hidratação vigorosa, são fundamentais ●

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os artigos comentados neste número.

Escreva para: proeducar@solaci.org

Manual de hemodinâmica

e intervencionismo coronario

Javier Martín Moreiras
Ignacio Cruz González

Tienda online de venta:
www.manualdehemodinamica.com

Consultas: proeducar@solaci.org

