

Qual Stent Utilizar na Reestenose de Stent Não-Farmacológico?

Ver artigo relacionado na página 379

Hongbing Yan¹, Bo Xu¹

O tratamento da reestenose intrastent continua sendo um problema.¹⁻³ Embora os stents não-farmacológicos mostrem resultados angiográficos excelentes, a alta incidência de reestenose ainda obscurece esses resultados. A superioridade dos stents farmacológicos, comparada à angioplastia com balão e à braquiterapia vascular, no tratamento de pacientes com reestenose intrastent tem sido demonstrada em estudos randomizados.⁴⁻⁶ No momento, os stents farmacológicos representam o tratamento de escolha para a reestenose intrastent.¹⁻⁶

O stent eluidor de sirolimus Firebird™ (Microport Co. Ltd., Xangai, China) combina uma plataforma de aço inoxidável (L316) de hastes finas (0,0040 polegada), um poderoso agente imunossupressor (sirolimus, na dose de 9 µg/mm²) e um revestimento que inclui três camadas de um polímero durável, que controla a liberação do medicamento. Desde que o Firebird™ foi aprovado pela Administração Estatal de Medicamentos chinesa para uso comercial no início de 2005, a penetração desse stent farmacológico na China chegou a 28%-30% (comunicação pessoal) por conta dos resultados clínicos promissores.⁷⁻¹¹ Entretanto, não existem dados publicados sobre seu desempenho no tratamento da reestenose intrastent.

Nesta edição da **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, Freitas et al.¹² apresentam seus resultados do seguimento angiográfico e ultrassonográfico no tratamento da reestenose intrastent com o stent Firebird™. Esse estudo demonstra que a perda luminal tardia foi de 0,30 ± 0,24 mm e não foram identificados casos de reestenose binária após 12 meses. Análise ultrassonográfica mostrou porcentual de obstrução volumétrica intrastent de 2,6 ± 1,9%. De acordo com esses dados, os autores concluem que o stent Firebird™ apresentou resultados angiográficos e ultrassonográficos favoráveis no tratamento de reestenose intrastent de stents não-farmacológicos no seguimento de um ano.

Mais recentemente, Liistro et al.⁶ confirmaram a eficácia e a segurança após quatro anos do implante do stent eluidor de sirolimus em reestenose coronária intrastent. Portanto, os stents eluidores de sirolimus são atualmente considerados o melhor tratamento para a reestenose intrastent, especialmente de stents não-farmacológicos.

Este estudo, entretanto, é inerentemente limitado pela falta de grupos válidos de controle, o que não permitiu uma comparação direta com outro stent farmacológico. Outra grande limitação é o pequeno número de pacientes estudados e o tempo de seguimento relativamente curto, o que não permitiu fazer uma estimativa real do fenômeno do *late catch-up* dos stents farmacológicos no tratamento das reestenoses intrastent.

Finalmente, é importante enfatizar dois pontos. O primeiro é que embora os stents farmacológicos tenham reduzido drasticamente a incidência de reestenose intrastent, quando comparados com os stents não-farmacológicos, uma pequena incidência de reestenose intrastent pós-stents farmacológicos ainda é observada, e sua prevalência não é desprezível, porque a população tratada com stent farmacológico é grande. O segundo é que o implante de stent farmacológico após reestenose intrastent pode reduzir ainda mais a flexibilidade do vaso e limitar a repetição do procedimento. Além disso, foi aventada a preocupação de que esses stents farmacológicos requerem tratamento a longo prazo com terapia antiplaquetária dupla, para evitar complicações trombóticas tardias. O tratamento da reestenose intrastent coronária com balão revestido com paclitaxel foi pelo menos tão eficaz e bem tolerado quanto com o stent eluidor de paclitaxel e a inibição de uma segunda reestenose não requereu implante de um segundo stent.¹³

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam inexistência de conflito de interesses relacionado a este manuscrito.

¹ Instituto Cardiovascular e Hospital Fu-Wai – Pequim, China.

Correspondência: Hongbing Yan. 15th Division – Cardiovascular Institute and Fu-Wai Hospital – Chinese Academy of Medical Sciences – A 167, Beilishi Road – Xicheng District – Beijing, China – 100037

E-mail: yan591204@yahoo.com.cn

Recebido em: 24/11/2010 • Aceito em: 25/11/2010

REFERÊNCIAS

1. Kastrati A, Mehilli J, von Beckerath N, Dibra A, Hausleiter J, Pache J, et al. Sirolimus-eluting stent or paclitaxel-eluting stent versus balloon angioplasty for prevention of recurrences in patients with coronary in-stent restenosis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(2):165-71.
2. Alfonso F, Perez-Vizcayno MJ, Hernandez R, Bethencourt A, Martí V, López-Mínguez JR, et al. A randomized comparison of sirolimus-eluting stent with balloon angioplasty in patients with in-stent restenosis: results of the Restenosis Intrastent Balloon Angioplasty versus Elective Sirolimus-Eluting Stenting (RIBS II) trial. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47(11):2152-60.
3. Fujii K, Mintz GS, Kobayashi Y, Carlier SG, Takebayashi H, Yasuda T, et al. Contribution of stent underexpansion to recurrence after sirolimus-eluting stent implantation for in-stent restenosis. *Circulation*. 2004;109(9):1085-8.
4. Ellis SG, O'Shaughnessy CD, Martin SL, Kent K, McGarry T, Turco MA, et al., on behalf of the TAXUS V ISR Investigators. Two-year clinical outcomes after paclitaxel-eluting stent or brachytherapy treatment for bare metal stent restenosis: the TAXUS V ISR trial. *Eur Heart J*. 2008;29(13):1625-34.
5. Holmes DR Jr, Teirstein PS, Satler L, Sketch MH Jr, Popma JJ, Mauri L, et al. 3-year follow-up of the SISR (Sirolimus-Eluting Stents Versus Vascular Brachytherapy for In-Stent Restenosis) trial. *JACC Cardiovasc Interv*. 2008;1(4):439-48.
6. Liistro F, Fineschi M, Grotti S, Angioli P, Carrera A, Ducci K, et al. Long-term effectiveness and safety of sirolimus stent implantation for coronary in-stent restenosis: results of the TRUE (Tuscany Registry of Sirolimus for Unselected In-Stent Restenosis) registry at 4 years. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(7):613-6.
7. Ni J, Shen WF, Zhang J. Clinical utility of Firebird drug-eluting stent in the treatment of de novo native coronary artery lesions. *J Interv Radiol*. 2004;13(5):396-8.
8. Liu HB, Xu Bo, Gao RL, Yang YJ, Yao M, Qin XW, et al. Outcomes of using Firebird rapamycin eluting stents in routine coronary intervention practice: one-year results from the pilot study of Firebird in China registry. *Chin Med J*. 2006;119(7):609-11.
9. Zhang Q, Zhang RY, Zhang JS, Hu J, Yang ZK, Ni J, et al. One-year clinical outcomes of Chinese sirolimus-eluting stent in the treatment of unselected patients with coronary artery disease. *Chin Med J*. 2006;119(2):165-8.
10. Gao H, Yan HB, Zhu XL, Li N, Ai H, Wang J, et al. Firebird sirolimus eluting stent versus bare metal stent in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Chin Med J*. 2007;120(10):863-7.
11. Zhang Q, Xu B, Yang YJ, Qiao SB, Zhang RY, Zhang JS, et al. Long-term efficacy and safety of Chinese made sirolimus eluting stents: results, including off label usage, from two centers over three years. *Chin Med J*. 2008;121(17):1670-4.
12. Freitas LZ, Feres F, Costa Jr JR, Abizaid A, Staico R, Costa R, et al. Tratamento de reestenose intrastent com o novo stent farmacológico Firebird™, liberador de sirolimus – resultados angiográficos e ultrassonográficos de um ano de evolução. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2010;18(4):379-86.
13. Unverdorben M, Vallbracht C, Cremers B, Heuer H, Hengstenberg C, Maikowski C, et al. Paclitaxel-coated balloon catheter versus paclitaxel-coated stent for the treatment of coronary in-stent restenosis. *Circulation*. 2009;119(23):2986-94.