

**Pergunta para a Dra. Magda Heras:**

**Excelente a sua apresentação "SCA sem Supradesnivelamento de ST.  
Otimizar a Terapia Antitrombótica".**

**Além dos ajustes das doses de Inibidores IIb-IIIa com base na função renal, que ajustes adicionais destas drogas, a senhora sugere, baseando-se no peso do paciente?**

**Atenciosamente,**

**Dr. Gustavo R. Bonzón  
Resistencia, Chaco, Argentina**

---

*"Os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa são administradas sempre em função do peso do paciente e considerando também a função renal, como você resalta corretamente. No slide número 7 da apresentação é indicada a dose por kilo tanto em bolus quanto em infusão endovenosa dos três fármacos disponíveis: abciximab, eptifibatide e tirofiban. Cabe lembrar que atualmente há alguns estudos que estão avaliando a eficácia e a segurança de doses mais altas de tirofiban"*

*Obrigada pelo seu interesse nesta apresentação. Feliz Ano 2008!*

*Atenciosamente,*

*Magda*

*Dra. Magda Heras  
Cap de Secció de Cardiologia Clínica  
ICT  
Hospital Clínic  
Villarroel, 170. 08036 Barcelona  
Tel 34 93 227 9305  
Fax 34 93 451 4148  
e-mail: mheras@clinic.ub.es*

Para o Dr. Jean-Pierre Bassand

Excelente a sua apresentação "ESC Diretrizes para Tratamento de Síndrome Coronária Aguda sem Supradesnivelamento de Segmento ST". Minha pergunta refere-se ao grupo de pacientes Diabetes Mellitus Tipo 2 com ótimo controle de seus níveis glicêmicos e da hemoglobina glicosilada, somente com dieta e sem outros fatores de risco. Neste subgrupo de pacientes também deve-se assumir que estes têm um risco intermediário e então, recomendar uma estratégia invasiva precoce?

Muito obrigado.

Cordialmente,

Dr. Gustavo R. Bonzón

Resistencia, Chaco, Argentina

---

Pergunta para o Dr. Jean-Pierre Bassand:

Os pacientes com transplante cardíaco têm como primeira causa de morte a aterosclerose e vasculopatia do aloenxerto. A maior série de pacientes transplantados tratados com angioplastia com implantação de stent, demonstrou que os dois anos de sobrevida livre de eventos foi de 74 % para os pacientes com comprometimento de um vaso, de 75 % para dois vasos e 27 % para três vasos ( $p= 0.009$ ). Na análise multivariada, os preditores para ausência de reestenose foram a utilização de stents, doses maiores de medicação imunossupressora e o uso sistemático de Inibidores IIb-IIIa.

Os senhores consideram que os mesmos deveriam ser usados neste contexto clínico em um paciente com transplante cardíaco?

Cordialmente,

Dr. Gustavo R. Bonzón

## **Perguntas**

**Quais são suas recomendações para estratificar o risco de sangramento eventual dos pacientes que têm comorbidades comuns antes de decidir a terapia antiagregante, anticoagulante ou angioplastia com implante de um stent convencional ou stent farmacológico, nos casos muito habituais desta faixa etária da população, como por exemplo: litíase biliar assintomática que pode necessitar de cirurgia em menos de 1 ano ou doença diverticular do cólon diagnosticada mas sem evidências de anemia, sangramento ativo ou sangramento oculto em material fecal no últimos 12 meses?**

**Segundo os seus critérios de estratificação de risco para sangramento digestivo, especialmente nos pacientes selecionados para angioplastia com implante de stent farmacológico antiproliferativo, o senhor recomendaria a pesquisa de Helicobacter pylori nestes pacientes ou não? Se a resposta for positiva, o senhor aconselharia realizá-la mediante um exame de endoscopia digestiva ou podemos validá-la mediante um estudo de placas ou cáries dentárias?**

**Cordialmente,**

**Dr. Gustavo R. Bonzón**

**Resistencia, Chaco, Argentina**

---

## **Caros colegas**

**No nosso entendimento na palestra intitulada “angina variante” o senhor afirma: “O implante de stents pode ser eficaz em pacientes com sintomas refratários de DAC obstrutiva leve a moderada, em quem vasoespasmo é documentado, levado em consideração que a maioria dos pacientes com teste provocativo positivo e sintomas recorrentes geralmente apresenta vasoespasmo localizado no mesmo segmento arterial. Ainda assim, o espasmo pode recorrer em diferentes segmentos, incluindo espasmos múltiplos”**

**Minhas duvidas são:**

- 1- Seria recomendado stent farmacológico ou não farmacológico?**
- 2- No caso de stent farmacológico, qual o comprimento do stent a ser utilizado usando como referencia o comprimento do espasmo?**
- 3- No caso de vasoespasmo no tronco de coronária esquerda em mulheres o senhor indicaria implante de stent ou cirurgia de revascularização?**

Obrigado por antecipação

Cordialmente

Dr. Gustavo R. Bonzón  
Resistencia, Chaco, Argentina

---

Estimado Dr. Kaski:

Me atrevo perguntar-lhe sobre um tema específico, não abordado neste simpósio, mas o qual descarto que você está pesquisando.

Nós cardiologistas intervencionistas, que implantamos stents farmacológicos, nos deparamos frequentemente com um problema:

Nos pacientes que têm sido tratados com êxito com DES na artéria descendente anterior proximal podemos ver que as provas não invasivas no seguimento (especialmente no SPECT) nos dão resultados positivos para isquemia apical (ou em maior território) no pico de máximo esforço, mas sem angina ou desnivelamento de ST, que no início da intervenção não apresentavam, e cujos achados quase iguais se repetem por até dois anos ou mais do seguimento. Estes resultados nos levam a realizar muitas angiografias cujo resultado é negativo para reestenose intrastent.

Minhas perguntas à você são muito concretas:

1- Você acredita que o implante de stents "longos" (28 ou 32 mm.) têm um efeito restritivo na necessidade vasodilatadora dos vasos epicárdicos maiores no estresse para alcançar uma perfusão adequada da área do miocárdio em risco?

2- Você acredita que as recomendações atuais sobre o comprimento apropriado dos DES são repreensíveis?

3- Qual tratamento você considera conveniente indicar para um paciente assintomático que previamente não tinha evidências de isquemia distal ao vaso tratado e que no início do implante de um DES "longo" os teve em uma única prova funcional (SPECT), sem angina ou ST?

Estas perguntas vão de acordo a uma teoria que sustento: o implante de um stent limita a capacidade vasodilatadora máxima do vaso coronário epicárdico maior diante da necessidade de uma perfusão regional maior diante o estresse.

**Você está de acordo?**

**Atenciosamente,**

**Dr. Gustavo R. Bonzón  
Resistencia, Chaco, Argentina**

---

*Minhas opiniões:*

1. *Stent revestido*

2. *mais longo que a area do espasmo* 3. *cirurgia de revascularização*

*Kaski*