



Jornal Vascular Brasileiro

ISSN: 1677-5449

jvascbr.ed@gmail.com

Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular
Brasil

Karakhanian, Walter

Estenose de carótida: por que defendo o tratamento endovascular

Jornal Vascular Brasileiro, vol. 5, núm. 3, 2006, pp. 174-176

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245018755004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estenose de carótida: por que defendo o tratamento endovascular

Carotid stenosis: why I support the endovascular treatment

Walter Karakhanian*

A avaliação dos resultados, a curto e a longo prazo, na mudança de uma conduta médica, é sempre difícil e delicada. Isso é particularmente verdadeiro no tratamento das estenoses de carótidas, onde existe a endarterectomia, considerada padrão-ouro nesse tipo de doença. A endarterectomia de carótida sofreu o julgamento do tempo por cinco décadas e há muito faz parte do arsenal terapêutico do cirurgião vascular. Porém, na era da medicina minimamente invasiva, o padrão-ouro começa a ser desafiado.

A defesa aqui apresentada será fundamentada em dois critérios: o primeiro, mais objetivo, está baseado no nível científico de evidências segundo os critérios de

Sackett¹ (a relação entre o nível de evidências e as recomendações clínicas está resumido na tabela abaixo); o segundo, mais subjetivo, é de alguém que viveu e vivencia as duas técnicas (Tabela 1).

As conclusões dos estudos clássicos com evidências I e II no tratamento endovascular da doença carotídea, considerando a eficácia e a segurança desse procedimento, são descritas a seguir.

CAVATAS². Estudo multicêntrico randomizado com 504 pacientes, sem dispositivo de proteção e stent em apenas 26% dos casos: “A endarterectomia de carótida e o tratamento endovascular são equivalentes quanto à eficácia e segurança no que se refere às compli-

Tabela 1 - Primeiro critério: medicina baseada em evidências

Nível de evidências	Grau de recomendação clínica
I – Estudo randomizado com grande número de doentes Resultados claros	A
II – Estudo randomizado com pequeno número de doentes Resultados incertos	B
III – Estudo não-randomizado	C
IV – Estudo não-randomizado	C
V – Estudo não-controlado	C

* Professor assistente, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.

cações maiores – acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio e morte – e na prevenção de novos episódios de isquemia ipsolateral. Quando avaliadas as lesões de nervos e hematomas das vias de acesso, houve uma diferença significativa em favor do grupo endovascular ($p < 0,0001$).

LEXINGTON³. Estudo randomizado com 104 pacientes sintomáticos e com estenose > 70% – critério *North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial* (NASCET) –, tratados com endarterectomia e stent sem dispositivo de proteção: “O tratamento endovascular não aumenta os riscos de AVC ou morte quando comparado ao tratamento cirúrgico”.

SAPPHIRE⁴. Estudo randomizado, envolvendo pacientes de alto risco com estenose de carótida. Foram incluídos pacientes sintomáticos com estenose > que 50% e assintomáticos com estenose > que 80%. Todas as angioplastias foram feitas com dispositivo de proteção cerebral (Angioguard® - Cordis). A avaliação foi feita em 30 dias e 1 ano, tendo como objetivo avaliar o AVC do mesmo lado, o infarto do miocárdio e o óbito. Concluiu-se que “a angioplastia com stent não é inferior à endarterectomia”.

LEICESTER⁵. Estudo suspenso após a inclusão de 17 pacientes pelo elevado índice de complicações no braço endovascular.

Com relação aos relatos de autores (níveis de evidência III e IV), observaram-se as seguintes conclusões: índice de complicações do tratamento endovascular bastante aceitável (Roubin et al.⁶); importância da curva de aprendizado (Ahmadi et al.⁷); e alternativa ao tratamento cirúrgico convencional, principalmente em pacientes de alto risco e com perspectiva de melhoria em função do avanço tecnológico dos materiais (Wholey et al.⁸).

Portanto, há evidências apontando para uma provável mudança na abordagem terapêutica da doença da bifurcação carotídea em direção ao tratamento endovascular.

Levando-se em conta o segundo critério, isto é, o subjetivo, gostaria de tecer algumas considerações:

- Durante 24 anos, participei, e ainda participo, da formação de residentes na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e observei a evolução de muitos deles no quesito “endarterectomia de carótida”. A partir do ano de 2000, o Serviço de Radiologia Vascular foi efetivamente implanta-

do no hospital. Desde então, dediquei-me ao ensino do tratamento endovascular. Hoje, concluo, como observação pessoal, que a curva de aprendizado dessa forma de tratamento é muito mais rápida que a da endarterectomia. Em outras palavras, o médico residente atinge o nível de excelência em muito menos tempo do que na cirurgia convencional. Todavia, devo salientar que faz parte desse treinamento a prática intensiva do diagnóstico em angiografia cerebral, com o conhecimento de técnicas básicas de cateterismo, de materiais e das anatomias extra e intracranianas.

- A outra consideração é que, nesses anos, vivenciando os resultados da cirurgia aberta e os resultados do tratamento endovascular, acredito que as complicações maiores, como AVC e morte, são muito semelhantes entre as duas técnicas. Por outro lado, as complicações “menores” são muito menos frequentes nas angioplastias.
- Nos pacientes submetidos às duas formas de tratamento, ambas sem intercorrências, não há dúvida de que a preferência é pelo tratamento endovascular.

Portanto, diante desses fatos e argumentos, defendo o tratamento endovascular na doença aterosclerótica da bifurcação carotídea extracraniana, acreditando que veio para ficar e substituir a endarterectomia na maioria dos pacientes. Nunca é demais ressaltar que, para isso, o profissional deve estar apto a fazê-la, passando pelo treinamento adequado.

O cirurgião vascular deve optar pelo tratamento no qual se sente mais confortável e com menor probabilidade de prejudicar o seu doente.

Referências

1. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*. 1989;95 2 Suppl.:2S-4S.
2. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS): a randomised trial. *Lancet*. 2001;357:1729-37.
3. Brooks WH, McClure RR, Jones MR, Coleman TC, Breathitt L. Carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy: randomized trial in a community hospital. *J Am Coll Cardiol*. 2001;38:1589-95.
4. Yadav JS, Wholey MH, Kuntz RE, et al. Protected carotid-artery stenting versus endarterectomy in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2004;351:1493-501.

5. Naylor AR, Bolia A, Abbott RJ, et al. Randomized study of carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy: a stopped trial. J Vasc Surg. 1998;28:326-34.
6. Roubin GS, New G, Iyer SS, et al. Immediate and late clinical outcomes of carotid artery stenting in patients with symptomatic carotid artery stenosis: a 5-year prospective analysis. Circulation. 2001;103:532-7.
7. Ahmadi R, Willfort A, Lang W, et al. Carotid artery stenting: effect of learning curve and intermediate-term morphological outcome. J Endovasc Ther. 2001;8:539-46.
8. Wholey MH, Al-Mubarek N, Wholey MH. Update review of the global carotid artery stent registry. Catheter Cardiovasc Interv. 2003;60:259-66.

Aviso aos ex-residentes

Se você foi residente até 2005 e ainda não está inscrito em sua Regional, procure regularizar sua situação para passar a receber o **J Vasc Bras** imediatamente, sem qualquer ônus.
Ajude a manter o cadastro da SBACV atualizado.