

Comentário ao artigo “Randomised comparison of a bioresorbable everolimus-eluting scaffold with a metallic everolimus-eluting stent for ischaemic heart disease caused by de novo native coronary artery lesions: the 2-year clinical outcomes of the ABSORB II trial”

Lino Patricio, MD, PhD, Hospital de Sta Marta, Lisboa

Bernard Chevalier, Yoshinobu Onuma, Ad J. van Boven, Jan J. Piek, Manel Sabaté, Steffen Helqvist, Andreas Baumbach, Pieter C. Smits, Ravindra Kumar, Luc Wasungu, Patrick W. Serruys. *EuroIntervention*. 2016;12:1102-7

A História repete-se. É preciso estar atento.

Quantas vezes, os doentes já nos perguntaram: “O stent depois de colocado não se pode retirar?”. A irreversibilidade e persistência da implantação do stent coronário, nunca foi considerada um problema de segurança, face à capacidade regeneradora endotelial de o recobrir e considerando a sua eficácia no tratamento da restenose ou a resolução das situações agudas em *bail-out*.

Em 2007, baseado numa meta-análise Carmenzid lançou uma “bomba mediática” no Congresso Europeu de Barcelona. Muitos de nós, influenciados pelo risco de trombose tardia dos DES, nesses tempos, mudámos a nossa estratégia e retomámos os “*bare metal stents*” principalmente naqueles casos onde o risco de restenose não era tão elevado. Dois aspectos fizeram-nos retomar a utilização de DES deve ser: o aparecimento de DES de segunda geração com *struts* mais finos, com polímeros biocompatíveis e biodegradáveis e o maior cuidado na sua implantação, melhor aposição ao endotélio e melhor expansão no fim da intervenção. Estes aspectos foram confirmados em registos e estudos aleatorizados controlados, e hoje sabemos que os DES reduzem a mortalidade quando comparados com os “*bare metal*” em vários subgrupos de apresentação clínica.

Desde há alguns anos os BVS (*Bioresorbable vascular scaffolds*) pareciam responder aquela pergunta ingénua do doente: “e os stents ficam para sempre nas coronárias?”. Os aspectos técnicos relacionados com a plataforma nunca fizeram com que estes novos dispositivos substituíssem os DES de segunda geração. De facto, quer a *deliverability*, quer os resultados clínicos, fizeram dos *stents* de segunda geração uma arma terapêutica difícil de ser suplantada. Ficava a ideia do *restitutio ad integrum*, que é tão cara à medicina, para justificar a utilização dos BVSs. Os resultados do ABSORB II a 3 anos, 10 anos depois do europeu de 2007, vieram lançar “uma nova bomba”. Parece que a história se repete. A trombose tardia voltou agora como inimiga da implantação dos BVSs antes de serem reabsorvidos nas coronárias. A dimensão dos *struts* será seguramente um dos aspectos a considerar no risco de trombose, bem como a expansão, a aposição e a dimensão dos BVSs utilizados. Mercê das técnicas de imagem, hoje sabemos muito mais sobre expansão e aposição do que em 2007. A angioplastia com BVSs guiada por OCT poderá ser uma resposta ao risco de trombose tardia, deixando um bom resultado final avaliado por imagem intracoronária.

Tal como 2007 mudámos a nossa estratégia, devemos agora ponderar a não utilização dos BVSs em vasos pequenos, em troncos comuns, em bifurcações complexas, em vasos muito calcificados, onde mesmo uma boa preparação da lesão não possa garantir um bom resultado. Hoje, com os DES de segunda geração, estamos seguros em reduzir o tempo de dupla antiagregação, com estes resultados com os BVSs devemos repensar em prolongar esse tempo com uma antiagregação mais potente. Fica por responder se o risco de trombose tardia é “platform-related” ou “BVS-related”. Será que o próprio processo de reabsorção com o inevitável desestruturação do stent poderá conduzir a uma exposição dos struts e, portanto, um maior risco trombótico? Só a investigação futura poderá responder a esta pergunta, quando tivermos struts mais finos, ligas metálicas reabsorvíveis e tempos de reabsorção distintos.

Uma coisa devemos aprender com a história: não devemos desistir da técnica de BVSs pelos resultados de um único estudo. Devemos manter o entusiasmo na investigação com todas as técnicas que temos à mão, nomeadamente a imagem intracoronária, perseguindo esse objectivo do *restitutio ad integrum*, talvez possamos dentro de alguns anos dizer aos doentes: “Vamos colocar-lhe uma prótese coronária, mas dentro de pouco tempo a sua artéria ficará novamente sã”.