

AMEAÇA IMPREVISÍVEL: EVENTO RARO DE TROMBOSE DO STENT TARDIA

UNEXPECTED THREAT: RARE EVENT OF LATE STENT THROMBOSIS

Afonso Carvalhal¹, Márcia Moreira Costa¹, Ana Raquel Dias¹, Anabela Andrade², Ana Margarida Adão², Ângela Costa²

1 Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar

2 Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar

Local de trabalho dos autores: USF Senhora de Vagos, Av. Padre Alírio de Melo - 3840-404 Vagos

Correspondência: afonso.s.carvalhal@gmail.com

<https://doi.org/10.58043/rphrc.116>

Resumo

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma condição prevalente e de elevada mortalidade. A abordagem e otimização dos fatores de risco cardiovascular é essencial para reduzir o risco de eventos cardiovasculares. A intervenção em fase aguda desta patologia implica custos diretos associados ao tratamento, hospitalização, reabilitação e follow-up, mas também custos indiretos como absentismo laboral e diminuição da qualidade de vida.

O EAM pode estar associado a outras comorbilidades, como a fibrilhação auricular em 20% dos casos, aumentando a complexidade terapêutica. O risco de recorrência do EAM está aumentado em doentes com EAM prévio, contudo a trombose do stent é uma entidade rara, sendo ainda mais rara a trombose do stent após mais de 1 ano da intervenção. Os EAM por trombose do stent aparentam ter outcomes mais severos que EAM devido a rutura de placa aterosclerótica.

Este caso demonstra que, mesmo após otimização do controlo dos fatores de risco cardiovasculares após primeiro evento de EAM, o risco de recorrência não é negligenciável, e entidades como trombose do stent podem ocorrer em qualquer período temporal. O nosso objetivo é realçar a importância da abordagem multidisciplinar no follow-up destes doentes. O controlo de fatores de risco e otimização terapêutica são essenciais para a redução da probabilidade de novo evento, apesar de evidenciarmos que nem sempre é possível eliminar por completo esse risco.

Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) is a prevalent and high mortality condition. Addressing and optimizing cardiovascular risk factors is essential to reduce the risk of cardiovascular events. The intervention in the acute phase of this pathology implies direct costs associated with treatment, hospitalization, rehabilitation and follow-up, but also indirect costs such as work absenteeism and decreased quality of life.

AMI may be associated with other comorbidities, such as atrial fibrillation in 20% of cases, increasing therapeutic complexity. The risk of AMI recurrence is increased in patients with previous AMI, but stent thrombosis is a rare entity, and even rarer is stent thrombosis more than 1 year after intervention. AMI due to stent thrombosis appear to have more severe outcomes than AMI due to atherosclerotic plaque rupture.

This case demonstrates that, even after optimizing the control of cardiovascular risk factors after the first event of AMI, the risk of recurrence is not negligible, and entities such as stent thrombosis may occur in any time period. Our aim is to highlight the importance of the multidisciplinary approach in the follow-up of these patients. The control of risk factors and therapy optimization are essential to reduce the likelihood of a new event, despite the fact that it is not always possible to completely eliminate this risk.

Introdução

O fenómeno de r

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma entidade com uma prevalência elevada e mortalidade significativa, sendo considerado um tema relevante de saúde pública.¹

Os fatores de risco modificáveis para EAM incluem pressão arterial elevada, dislipidemia, tabagismo, obesidade e diabetes. As mudanças de estilo de vida

limitam o impacto desses fatores, diminuindo a probabilidade de EAM.¹

A abordagem da fase aguda desta patologia apresenta custos elevados associados ao tratamento, internamento, exames complementares de diagnóstico, reabilitação e follow-up. É também importante constatar os elevados custos indiretos, nomeadamente na diminuição da produtividade laboral, impacto familiar e na qualidade



de vida do doente.² Os síndromes coronárias agudas podem estar associados a outras comorbilidades, sendo que a fibrilhação auricular pode acontecer em até aproximadamente 20% dos casos. Assim, há um aumento da complexidade terapêutica destes doentes, podendo implicar dupla antiagregação, com definição de tempos individualizados, associado a anticoagulação de longa duração.³

O risco de novo EAM está aumentado no doente que já teve um evento prévio, por causas multifatoriais.⁴ No entanto, a trombose de stent é uma entidade incomum, sendo que a trombose de stent muito tardia (pelo menos 1 ano após intervenção) é rara.⁵ São vários os fatores de risco para trombose de stent que podem variar consoante o timing em que ocorre o novo evento, sendo associados a diversos mecanismos fisiopatológicos. No caso da trombose de stent muito tardia, estes fatores não estão bem definidos, mas aparentam estar relacionados com inflamação contínua do vaso e menor crescimento neointimal. A trombose de stent aparenta ter *outcomes* mais graves que o EAM por rutura de placa.^{5,6}

A multidisciplinaridade é imprescindível no seguimento do doente após EAM, permitindo uma abordagem holística e completa do estado de saúde do indivíduo. A decisão terapêutica deve conjugar o balanço entre o risco trombótico e hemorrágico, associado à gestão dos fatores de risco e seguimento rigorosos, permitindo, dessa forma, a diminuição da probabilidade de recorrência de EAM.⁷

Caso Clínico

Homem de 49 anos, casado, comerciante de tabaco. Fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial, dislipidemia, fumador ativo (15 UMA), obesidade, sedentarismo. Antecedentes familiares: mãe submetida a valvuloplastia aórtica aos 68 anos, avô paterno com acidente vascular cerebral em idade jovem. Medicação Habitual: Atorvastatina 10mg, 1 comprimido por dia, e Perindopril + Indapamida + Amlodipina, 10 mg + 2.5 mg + 5 mg, 1 comprimido por dia.

Apresentava quadro clínico de dor torácica retroesternal com uma semana de evolução, descrita como “picada fina”, com irradiação para a região dorsal. A dor era recorrente, com vários episódios de duração inferior a 10 minutos, sem correlação com esforço. Perante agravamento progressivo da intensidade da dor, recorreu

ao Serviço de Urgência (SU) para avaliação. Negava sintomas neurovegetativos, geniturinários, respiratórios e gastrointestinais. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Dos meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT's) pedidos, destaca-se: aumento dos marcadores de necrose do miocárdio, LDL 90 mg/dL, ECG com elevação do segmento ST nas derivações inferolaterais, sugestivo de EAM (STEMI) inferolateral; classificação de Killip grau I. Foi medicado com ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg, ticagrelor 10 mg e dinitrato de isossorbida 2mg/h, com posterior transferência para o hospital central de referência para realização de cateterismo. No cateterismo cardíaco, foi observada calcificação significativa na artéria descendente anterior (DA) e ponte miocárdica no segmento médio. Além disso, foi identificada uma lesão excêntrica ostial de 90% na artéria marginal (OM1). A coronária direita (CD) foi considerada dominante, exibindo uma calcificação parietal severa, com uma lesão inferior a 50% no segmento médio e uma obstrução total no segmento distal.

Foi realizada Intervenção Coronária Percutânea (ICP) da oclusão da CD distal, com colocação de stent no segmento distal. Retornou ao hospital de residência onde foi internado. Ao terceiro dia de internamento apresentou ritmo cardíaco em fibrilhação auricular, tendo sido submetido a cardioversão elétrica com reversão a ritmo sinusal. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que revelou um ventrículo esquerdo (VE) com dimensões normais e hipocinesia nos segmentos basal e médio da parede inferior e inferolateral, bem como na metade proximal do septo interventricular (SIV) inferior. A fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) foi estimada em 52%.

Teve alta para o domicílio ao quinto dia, medicado com atorvastatina 40 mg id, apixabano 5mg, 2 comprimidos por dia, ticagrelor 90 mg, 2 comprimidos por dia, bisoprolol 2,5 mg, 1 comprimido por dia, e perindopril 10mg, 1 comprimido por dia. Iniciou seguimento em consulta de cardiopatia isquémica e, durante o primeiro ano, procedeu a alterações significativas do seu estilo de vida. Iniciou atividade física regular, frequentando ginásio três vezes por semana, e cuidados alimentares, tendo atingido uma perda de peso superior a 10Kg, passando de IMC de categoria de excesso de peso para normal. Realizou cessação tabágica e apresentava,

durante este período, perfil tensional adequado, com sistólica e diastólica inferiores a 130 mmHg e 90 mmHg, respectivamente

Ao fim de um ano, teve alta da consulta de cardiologia com suspensão de ticagrelor 90 mg e indicação para manter restante terapêutica instituída, com gestão pelo médico de família.

Dez meses após a alta da consulta de cardiologia, retornou ao SU por precordialgia de 2 horas de evolução, com irradiação para a região cervical e dorsal. O doente relatava alívio parcial dos sintomas com a administração de nitratos. Após avaliação médica, foi confirmado novo STEMI na região inferoposterolateral, classificado como Killip I.

Realizou ecocardiograma onde se evidenciou fração de ejeção 50-55%, hipocinésia da parede inferior, inferolateral e SIV inferior e ainda insuficiência mitral ligeira a moderada. Realizou cateterismo que demonstrou oclusão de stent previamente implantado na coronária direita, com lesão não ultrapassável.

Ficou internado em unidade de cuidados intensivos coronários durante 5 dias, tendo alta para domicílio medicado com pantoprazol 20 mg, 1 comprimido por dia, edoxabano 60 mg, 1 comprimido por dia, clopidogrel 75mg, 1 comprimido por dia, ramipril 1,25 mg, 1 comprimido por dia, e atorvastatina 80mg, 1 comprimido por dia. Após alta hospitalar, teve consulta com o seu médico de família, onde se enfatizou a importância de manter o controle dos fatores de risco cardiovascular (FRCV), a vigilância dos sinais de alarme e a atualização da vacinação. A orientação incluiu exames laboratoriais e a realização de automedicação da pressão arterial. Além disso, referenciou-se o doente para consulta de Cardiologia no hospital de residência.

Um mês depois, foi avaliado pelo seu médico de família, mantendo os FRCV controlados com resultados laboratoriais dentro dos parâmetros normais. À data da realização deste artigo, encontra-se a aguardar marcação de consulta de cardiologia.

Discussão

O regime terapêutico após um evento de EAM é complexo. Com o surgimento de outras comorbidades durante a hospitalização, torna-se imperativo um reajuste da terapêutica, de forma a prevenir novos

eventos. Nesse sentido, é de extrema importância seguir as recomendações mais atualizadas e adotar uma abordagem terapêutica correta e adequada, de forma a maximizar os benefícios e reduzir os riscos.

Neste caso, o evento de fibrilhação auricular implica uma terapêutica tripla, com anticoagulante oral e dupla antiagregação (inibidor da P2Y12 e AAS), sendo que a duração dos antiagregantes deve ser personalizada, tendo em conta os riscos individuais isquêmicos e hemorrágicos.⁴

Apesar do doente ter cumprido as mudanças de estilo de vida recomendadas, incluindo a cessação tabágica, a adoção de atividade física regular e a adesão estrita à terapêutica, surgiu um novo episódio de enfarte. Ainda que este evento tenha sido inesperado, os achados nos meios complementares de diagnóstico evidenciam a existência de uma instabilidade na condição cardíaca do doente e progressão da doença arterial coronária.

O timing deste novo evento demonstra que a vigilância constante é fundamental, mesmo quando os objetivos terapêuticos são atingidos, pois a estabilidade da condição cardíaca pode estar mais vulnerável do que o expectável.

Para redução do risco de novos eventos é fundamental uma abordagem multidisciplinar, nomeadamente no controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Contudo, não é possível eliminar o risco de novo EAM, como o ilustrado por este caso clínico. É também destacada a complexidade da gestão terapêutica após um evento de enfarte agudo do miocárdio e reforçada a importância de uma abordagem correta, baseada em guidelines atualizadas, para otimizar os resultados clínicos.

Conclusão

A abordagem multidisciplinar do doente permitiu adotar um conjunto de modificações no estilo de vida com impacto nos fatores de risco para EAM modificáveis, assim como, uma gestão terapêutica adequada.

Apesar da boa evolução do doente nos primeiros quase dois anos após o evento inicial, constatou-se que o impacto do controlo dos fatores de risco não foi suficiente para atingir o objetivo desejado. As consequências de uma primeira agressão não podem ser negligenciadas, independentemente da reação ao problema, isto é, é fundamental considerar as consequências decorrentes



de uma primeira agressão, ainda que todas as medidas recomendadas tenham sido cumpridas

Futuramente, dado o elevado risco que este doente apresenta, é essencial garantir um seguimento multidisciplinar e rigoroso, com vigilância e gestão dos seus fatores de risco, englobando as suas necessidades físicas, emocionais e sociais. As partes integrantes devem ser ativas e críticas no acompanhamento e decisões terapêuticas.

A atuação dos profissionais que seguem o doente após um evento agudo é importante, incentivando a adesão à terapêutica otimizada e às mudanças comportamentais adequadas. Estas atitudes promovem uma melhor recuperação e ajudam na prevenção de novos eventos cardiovasculares, favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Bibliografia

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021; 42: 3227-3337.
2. Bishu KG, Lekoubou A, Kirkland E, Schumann SO, Schreiner A, Heincelman M, Moran WP, Mauldin PD, Estimating the Economic Burden of Acute Myocardial Infarction in the US: 12 Year National Data. *Am J Med Qual*. 2020; 359(5): 257-265.
<https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.02.004>
3. Jernberg T, Hasvold P, Henriksson M, Hjelm H, Thuresson M, Janzon M, Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *Eur Heart J*. 2015;36(19): 1163-70.
10.1093/eurheartj/ehu505
4. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2021; 42(5): 373-498.
5. Donald C, Abbott JD, Coronary artery stent thrombosis: Incidence and risk factors - UpToDate. UpToDate. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/coronary-artery-stent-thrombosis-incidence-and-risk-factors> [accessed 25 May 2023]
6. Donald C, Coronary artery stent thrombosis: Clinical presentation and management. UpToDate. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/coronary-artery-stent-thrombosis-clinical-presentation-and-management> [accessed 25 May 2023]
7. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018; 39(2): 119-177.