

## INTRODUÇÃO

O cenário de CS complicando IAM persiste como de alta mortalidade atualmente - aproximadamente 50% em 30 dias<sup>1</sup>. As mais recentes diretrizes<sup>2-4</sup>, pautadas no estudo clínico randomizado (ECR) CULPRIT-SHOCK<sup>1</sup>, recomendam a abordagem apenas da artéria culpada, deixando eventuais outras lesões graves para tratamento eletivo. Iremos descrever dois casos que questionam essa norma.

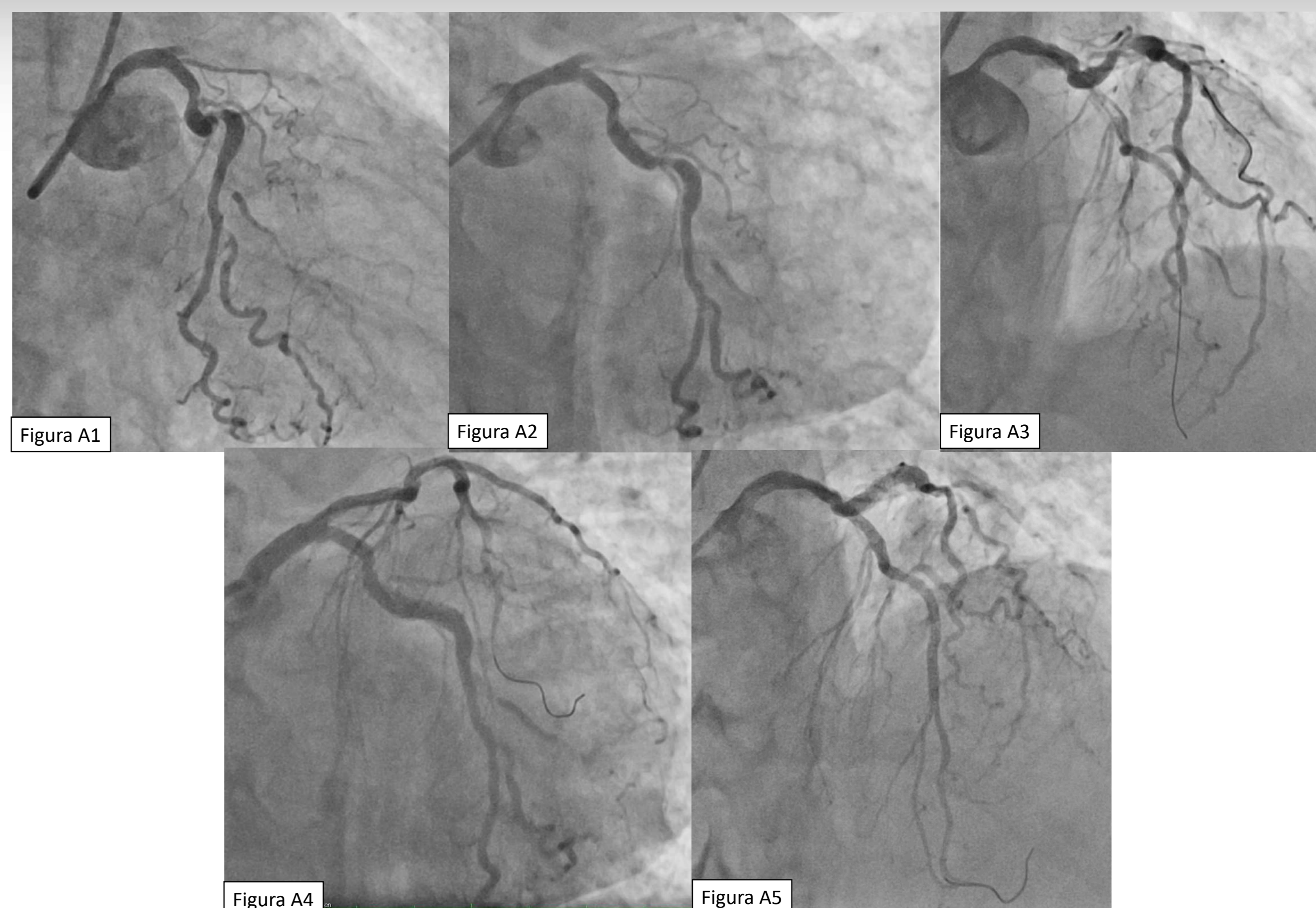
## RELATO DE CASO 1

K.A.A., 70 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética insulino-dependente, ex-tabagista, obesa, submetida a coronariografia (Figuras A1 a A3) em 06/07/2022 por IAMCST com choque cardiogênico (supradesnivelamento de ST de V2-V5 e avR e imagem espelho inferior). A lesão culpada era DA ostial e a coronária direita (CD) apresentava ainda lesão ostial de 70% e lesão de 80% em 1/3 médio, calcificada. Feita tromboaspiração e infusão intracoronária de tirofiban em DA. Implantados stents 2,25x22mm e 2,75x30 mm em DA a 18 atm, pós-dilatado o distal com balão não complacente (NC) 2,5x15mm a 18 atm. Implantado stent 4,0x16 mm a 20 atm em CX e stent 4,5x15 mm a 18 atm em TCE ostial (Figuras A4 e A5). Cinco dias após o procedimento a paciente foi extubada. A abordagem da CD foi postergada pois a paciente teve embolia pulmonar e pneumonia, com alta em 05/08/2022. Ecocardiograma (ECO) na alta mostrou fração de ejeção de 49% (disfunção global leve), acinesia de segmentos apicais e regiões médias do septo anterior e inferior.

## RELATO DE CASO 2

T.R.R., 95 anos, hipertenso, coronariopata (stent implantado há mais de cinco anos em outra instituição), procura a emergência por tosse produtiva em 26/06/2022. Evolui com dor torácica e choque, sendo intubado. Eletrocardiograma com hemibloqueio anterior esquerdo e supradesnivelamento de ST de V1 a V5. Submetido a coronariografia pela via radial direita (Figuras B1-B3). A lesão culpada era TCE distal e havia ainda lesão de 50% em Ramo Ventricular Posterior da CD. Posicionado balão intra-aórtico (BIA). Implantado stent 2,75x30 mm a 16 atm em 1/3 médio de DA e implantado stent 3,0x18 mm a 18 atm em 1/3 proximal. Implantado stent 2,5x12 mm em ostio de CX a 18 atm. Feito crush do stent recém implantado com balão NC 4,0x15 mm. Recruzada a CX e feito kissing balloon. Implantado stent 4,0x30 mm em TCE para DA a 16 atm, pós-dilatado com balão NC 4,0x15 mm a 20 atm. Realizado recruzamento de guia 0,014" para CX e feito novo kissing balloon com balões NC 4,0x12 mm em DA e 2,5x12 mm em CX a 10 atm (Figuras B4 a B6).

O paciente teve o BIA retirado em 24h, extubação após 10 dias do procedimento. Foi necessária hemodiálise durante a hospitalização, foi tratada sepse pulmonar porém o paciente teve alta em 03/08/2022, com ecocardiograma demonstrando aneurisma ínfero-apical, acinesia de septo apical e latero-apical com disfunção sistólica global leve.



Figuras A1, A2 e A3 – coronariografia: Descendente Anterior (DA) ocluída no ostio (lesão culpada), lesão de 70% em Tronco de Coronária Esquerda (TCE) ostial e 80% em Circunflexa (CX) proximal  
Figuras A4 e A5 – resultado final após implante de 2 stents em DA, 1 stent em CX e 1 stent em TCE

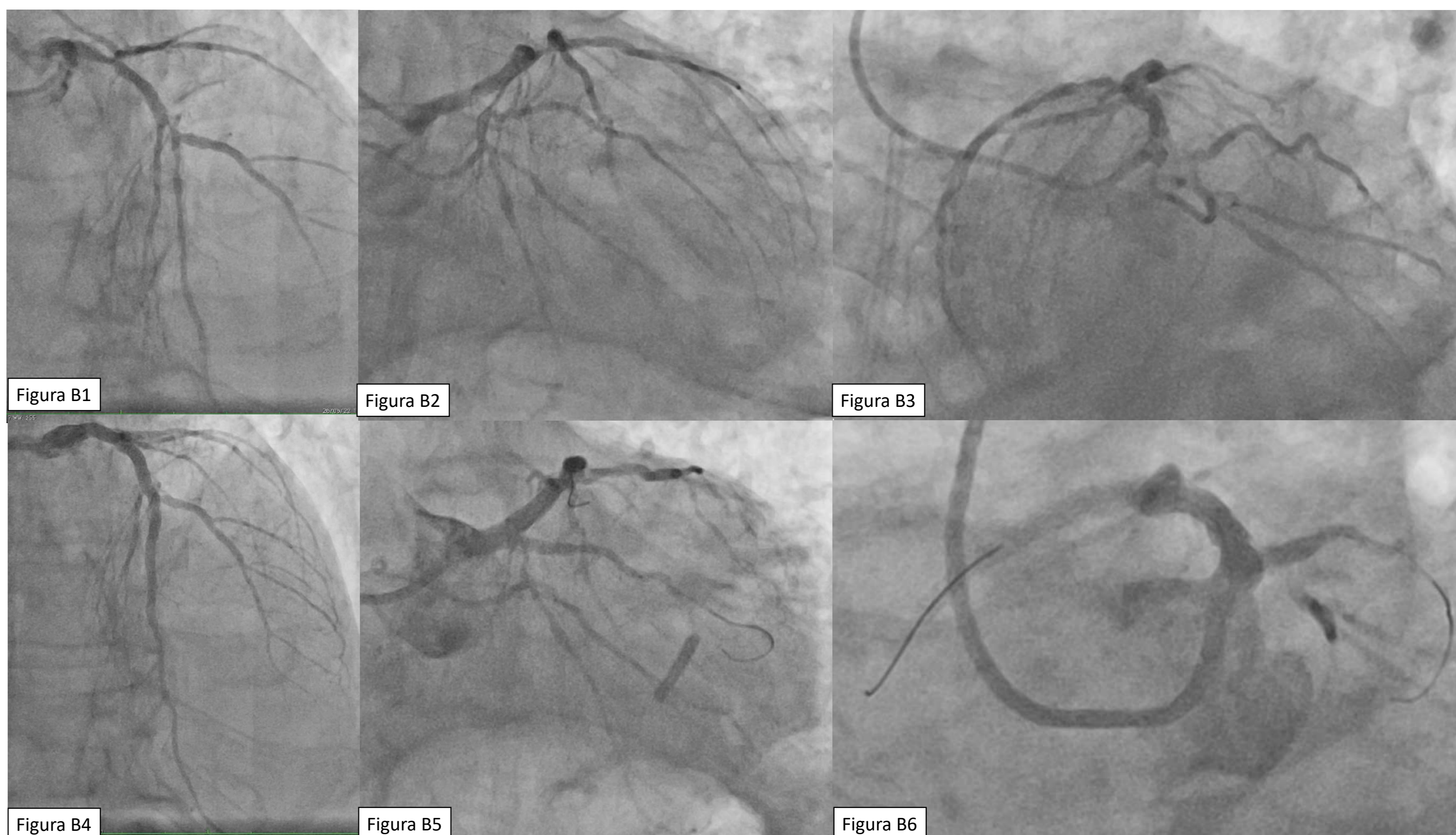


Figura B1 a B3 – coronariografia: lesão de 90% em TCE distal (lesão culpada), suboclusão de CX ostial, lesão de 80% em ostio de DA, 90% em 1/3 proximal a médio e lesão intrastent de 80% em 1/3 médio  
Figura B4 a B6 – resultado final após implante de 2 stents em DA, 1 stent em CX e 1 stent de TCE para DA

## DISCUSSÃO

Descrevemos dois casos de IAM com supradesnivelamento do segmento ST complicados por CS onde foi realizada a revascularização completa da coronária esquerda, com sucesso. As diretrizes, baseadas no CULPRIT-SHOCK<sup>1</sup>, não recomendam essa abordagem<sup>2-4</sup>. Entendemos que as anatomias descritas não foram contempladas pelo estudo. No primeiro caso, a lesão culpada era a DA, porém realizamos o tratamento adicional de CX e TCE pois a CX se encontrava subocluída e o território isquêmico era muito grande. Não tratamos a CD seguindo o raciocínio das diretrizes: tratava-se de artéria calcificada e havia o temor pela nefropatia induzida pelo contraste. No segundo caso, é pouco provável que conduta diversa teria sido adotada, mesmo em ECR tendo em vista que a lesão culpada de TCE era associada a lesões graves em ostio de CX e DA proximal/médio. Ao se analisar os casos de crossover do CULPRIT-SHOCK, percebe-se que esses são similares aos aqui descritos<sup>1</sup>(ex: "severe left main stenosis" ou "subtotal LAD stenosis").

Nos baseamos tanto na experiência clínica como na medicina baseada em evidências (MBE), juntando as diretrizes ao cenário clínico e anatomia encontrados. É possível se manter fiel aos princípios da MBE porém com granularidade.