

ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA TRANSLUMINAL, ALTERNATIVA À CIRURGIA?

A patologia arterial degenerativa é constituída, na sua variante *obstrutiva*, por quadros evolutivos que regra geral culminam na oclusão da artéria, com déficit funcional ou perda parcial ou total do órgão ou estrutura por ela irrigada.

Uma conjugação de mecanismos patogénicos e factores hemodinâmicos dita o ritmo de progressão das lesões, a topografia e extensão do envolvimento e o pleiomorfismo da sua expressão clínica.

A única forma de modificar eficazmente o curso natural da doença tem sido a cirurgia — a cirurgia das artérias — abordando directamente as lesões, realizando a desobstrução do vaso, promovendo *in loco* a substituição da artéria doente por um enxerto, ou efectuando a revascularização à distância, por *by pass*, ou *pontagem* — designação que pretende substituir na literatura portuguesa o conceito anglo-saxónico de *by pass*.

Recentemente e com o objectivo de obviar às dificuldades, riscos e custos inerentes à intervenção cirúrgica, foi introduzida uma nova técnica, a dilatação percutânea transluminal, eufemisticamente designada também por *angioplastia* percutânea transluminal (APT).

Os fundamentos práticos do método são os seguintes: através de uma punção percutânea, realizada sob anestesia local, um catéter é introduzido no sistema arterial e sob controlo radioscópico é feito avançar até ao nível da lesão arterial; de seguida, um balão localizado na extremidade do cateter é insuflado, sob pressão, durante uma curta fracção de tempo; a acção mecânica do balão actua sobre a lesão, *dilatando-a*, na expectativa de restaurar o calibre autêntico do vaso doente. O cateter é então removido e o doente, em virtude da simplicidade do método, pode ter alta no dia seguinte.

As vantagens desta técnica parecem óbvias: ausência de riscos anestésicos e cirúrgicos, reduzidos custos de hospitalização, facilidade de execução, boa adesão e agradável tolerância por parte dos doentes.

Residiria aqui uma aceitável solução para o magno problema da cirurgia da aterosclerose, se sobre a eficácia da técnica se não levantassem sérias objecções, que a prática e o decorrer do tempo vêm revelando como extremamente condicionantes da sua utilização.

Em primeiro lugar a sua actuação só poderá ser efectuada em lesões estenosantes, ou seja em processos parcialmente oclusivos do lume arterial — tornando-se ineficaz em quadros de oclusão total da artéria, que são aqueles que predominam na nossa prática quotidiana, muito especialmente ao nível da circulação aorto-iliaca ou dos membros inferiores.

Em segundo lugar, a actuação mecânica, momentânea, sobre a lesão, irá afectar a sua *morfologia*, mas deixa intacta a sua *essência e natureza*; permanecendo *in loco*, a doença continuará na dependência dos mecanismos patogénicos que a geraram e promoveram e por isso o seu recrudescimento será uma perspectiva a ter em consideração, em todo e qualquer momento, a curto ou a longo termo.

Fica desta forma a angioplastia percutânea transluminal conotada com um carácter *transitório*, em oposição às propostas cirúrgicas que visam soluções *definitivas*.

Mas aquela actuação, sem controlo directo, sobre a lesão arterial, poderá ter aspectos diversificados e consequências bem mais importantes. Muitas lesões ateroscleróticas ocorrem com um componente fibroso, ou mesmo com calcificação, o que as torna insusceptíveis de qualquer dilatação; nessa conformidade, a pressão de insuflação do balão poderá actuar em zonas da parede arterial ainda saudáveis, ou mais vulneráveis, ocasionando a sua rasgadura ou rotura parcial. Obtém-se desta forma um efeito à custa do que resta da artéria normal, podendo dele resultar roturas, oclusões, dissecções parietais ou falsos aneurismas, a exigirem urgentes e complexas intervenções cirúrgicas de reconstrução arterial.

Exceptuam-se, deste contexto, os quadros de estenose arterial funcional, dita *espástica*, que ocorrem frequentemente na circulação coronária e não têm contrapartida na circulação periférica, em que a APT tem inquestionáveis efeitos benéficos, constituindo porventura a sua melhor indicação.

Mas outras complicações podem resultar, localmente, de carácter grave: a lesão pode, de uma forma incontrolável, ser esmagada, fragmentada, fracturada, ou pode destacar-se e embolizar à distância; ou pode ainda pulverizar-se numa *chuva* de pequenos êmbolos que vão ocluir a circulação do órgão dependente. Este facto tem sido a razão determinante pela qual se não realizam dilatações nas lesões da artéria carótida; as consequências seriam óbvias e os quadros neurológicos dela resultantes facilmente reconhecíveis pela clínica; estão por descrever, porém, os quadros equivalentes em outros órgãos ou regiões anatómicas onde a APT tem sido levada a efeito com frequência.

Não é pois a APT uma técnica tão inócua quanto possa parecer: a sua eficácia é duvidosa e o seu efeito parece transitório. O conjunto destas limitações poderá vir a transformá-la numa actuação a todos os títulos bem mais onerosa do que uma opção cirúrgica tomada em momento oportuno.

Efectivamente, a realização da técnica deve exigir uma equipa cirúrgica em *stand by*, para uma actuação de recurso face a potenciais complicações, procedimentos que se pautam regra geral por custos e riscos mais elevados do que uma cirurgia programada. Por outro lado a APT poderá vir a transferir para mais tarde a adequada opção cirúrgica de um doente, que virá a ser submetido a tratamento cirúrgico fora do momento óptimo da história natural da doença e por conseguinte com maiores riscos e menores possibilidades de êxito.

O conjunto de considerandos sobre a acção da APT na doença aterosclerótica aplica-se, de igual modo e na sua essência, à doença fibrodisplásica. Também neste quadro patológico a APT actua sobre a morfologia da doença, deixando *in loco* as por vezes muito graves e extensas alterações da parede arterial, sensíveis aos agentes patogénicos que as originaram. Não tratando, mas tão-somente modificando momentaneamente a componente estenosante da fibrodisplasia, a desorganização estrutural da parede arterial permanece intocada e de igual modo subsistem os riscos a ela inerentes: degenerescência aneurismática, dissecação parietal, tromboembolismo, recorrência da estenose.

Polémicas e divergentes têm sido as opiniões que a prática clínica revela a respeito do real valor deste método terapêutico e alguns autores consideram-no como alternativa à cirurgia arterial reconstrutiva; outros porém, de uma forma mais prudente, reservam-no para os doentes considerados de alto risco operatório. Todavia, também aqui dificilmente se vislumbram situações em que a vida de um doente ou a integridade de um órgão ou de um membro, estejam na dependência de uma lesão arterial estenosante, que possa ser resolvida por dilatação transluminal.

Por virtude destas limitações, as características aliantes do método têm sido neutralizadas pelos resultados que a prática clínica vem revelando.

Nenhum estudo concludente foi até ao momento publicado em que se demonstrem resultados sobreponíveis à cirurgia de revascularização, em qualquer dos sectores da sua área de actividade.

A APT não pode nem deve por isso, e pelo conjunto das razões expressas, ser considerada como uma alternativa à cirurgia de revascularização. Os enormes progressos da anestesia, da técnica operatória e a criação das unidades de cuidados intensivos, tornaram a cirurgia das artérias altamente eficaz, e simultaneamente acompanhada de riscos mínimos, ou mesmo negligíveis. Só a cirurgia pode proporcionar, no estado actual dos conhecimentos e da evolução das técnicas, os resultados definitivos que o médico deseja e o doente ambiciona.

Aguardemos porém que o desenvolvimento da angioplastia percutânea transluminal e uma mais dilatada experiência, permitam a obtenção de resultados superiores àqueles que a cirurgia consegue realizar. E superiores, terá que significar necessariamente mais eficientes, mais seguros e mais duradouros.

Quando tal acontecer, será o momento de nos curvamos humildemente perante a realidade e saudarmos efusivamente a nova verdade científica...

Américo Dinis da Gama
Serviço de Clínica Cirúrgica
Hospital de Santa Maria