

Coleção Estudos Destacados **Cardiologia**

Rosuvastatina



A rosuvastatina melhora o prognóstico de pacientes com placas em arco aórtico

Baseado no artigo original: Rosuvastatin prevents aortic arch plaque progression and improves prognosis in ischemic stroke patients.

Autores: Kaneko K, Saito H, Sugawara S, Akasaka M, Kanaya T, Kubota I.

Fonte: *Neurol Res.* 2017;39(2):133-141.

A presença de placas ateroscleróticas em arco aórtico é um fator de risco conhecido para o acidente vascular cerebral (AVC). A progressão dessas placas também está associada a eventos cardiovasculares. Acredita-se que as estatinas tenham propriedades antiateroscleróticas além da redução do colesterol, sendo demonstrado que a rosuvastatina melhora a morfologia das placas em arco aórtico. Estudos recentes mostraram que a rosuvastatina diminui a incidência de AVC novo e recorrente. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar se a prevenção da progressão das placas em arco aórtico melhora o prognóstico de pacientes com AVC. Foram observados 97 pacientes com AVC embólico. Houve recomendação para que os clínicos prescrevessem rosuvastatina 5 mg/dia, porém nem todos os médicos seguiram essa recomendação. A ecocardiografia transesofágica foi repetida em seis meses nos pacientes com placa em arco aórtico que receberam rosuvastatina. Dos pacientes incluídos no estudo, 39 (40%) apresentavam placas em arco aórtico (≥ 4 mm ou úlceras). Eventos cardiovasculares maiores ocorreram em quinze pacientes (onze AVCs e quatro óbitos). Após seis meses, entre os 26 pacientes com placas em arco que usaram rosuvastatina, apenas três registraram progressão nas placas; nos demais, houve estabilização ou regressão do problema. Foi observada maior incidência de eventos cardiovasculares maiores nos pacientes cujas placas progrediram do que naqueles em que não houve progressão (67% vs. 0%; $p < 0,01$). Uma análise multivariada mostrou que a presença de placas em arco sem tratamento com rosuvastatina é um fator de risco independente para eventos cardiovasculares (*odds ratio*: 18,044; IC 95%: 2,089-155,846; $p < 0,01$). Quando os pacientes foram divididos em três grupos (placa com uso de rosuvastatina, placa sem uso de rosuvastatina e ausência de placa), verificou-se que houve eventos cardiovasculares significativamente mais frequentes no grupo com placas sem uso de rosuvastatina do que nos outros grupos ($p < 0,05$). Não houve diferença de eventos entre os pacientes sem placas e aqueles com placas que fizeram uso de rosuvastatina. Os autores concluíram que a rosuvastatina previne a progressão de placas em arco aórtico em pacientes com AVC e pode promover benefícios clínicos a longo prazo.



A rosuvastatina é mais potente que outras estatinas na redução do LDL-colesterol em pacientes com hipertrigliceridemia

Baseado no artigo original: A VOYAGER Meta-Analysis of the Impact of Statin Therapy on Low-Density Lipoprotein Cholesterol and Triglyceride Levels in Patients with Hypertriglyceridemia

Autores: Karlson BW, Palmer MK, Nicholls SJ, Lundman P, Barter BJ.

Fonte: *Am J Cardiol.* 2016;117(9):1444-8.

Os níveis elevados de triglicérides (TG) estão associados a maior risco cardiovascular, porém o objetivo principal do tratamento com estatinas é a redução do LDL-colesterol. O estudo analisou as reduções do LDL-c e do TG em pacientes com níveis basais de TG ≥ 177 mg/dl submetidos ao tratamento com diferentes estatinas e doses (rosuvastatina 10 a 40 mg; atorvastatina 10 a 80 mg e sinvastatina 10 a 80 mg). Foram utilizados dados individuais de pacientes incluídos na metanálise VOYAGER ($n = 32.258$ pacientes). A redução do LDL-c variou de -26,9% a -55,5%. A rosuvastatina 10 a 40 mg foi associada a reduções significativamente maiores dos níveis de LDL-c do que doses iguais ou duas vezes maiores de atorvastatina e sinvastatina ($p < 0,05$). A redução dos níveis de TG variou de -15,1% a -31,3%. A rosuvastatina 10 mg se associou a reduções significativamente maiores de TG do que a atorvastatina 10 mg ($p < 0,01$). A rosuvastatina nas doses de 20 e 40 mg se associou a reduções semelhantes de TG às obtidas com doses iguais da atorvastatina. A rosuvastatina 10 a 40 mg também foi vinculada a reduções significativamente maiores dos níveis de TG do que doses iguais ou duas vezes maiores de sinvastatina ($p < 0,05$). Os autores concluíram que, em pacientes com hipertrigliceridemia, a redução do LDL-c, que é o principal objetivo da terapia com estatina, é significativa e depende do tipo de estatina e da dose utilizada.



A rosuvastatina tem maior potência que a atorvastatina e a sinvastatina na redução do LDL-colesterol

Baseado no artigo original: Doses of rosuvastatin, atorvastatin and simvastatin that induce equal reductions in LDL-C and non-HDL-C: Results from the VOYAGER meta-analysis.

Autores: Karlson BM, Palmer MK, Nicholls SJ, Lundman P, Barter PJ.

Fonte: *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(7):744-7.

Existe uma relação linear entre a redução dos níveis de LDL-colesterol obtida com a terapia com estatina e a redução do risco de eventos cardiovasculares; quanto maior a dose de estatina utilizada, maior será a redução do LDL-c. Estudos demonstraram que uma proporção maior de pacientes atinge os níveis-alvo de LDL-c com a rosuvastatina do que com a atorvastatina ou a sinvastatina em doses iguais ou duas vezes maiores. O objetivo do presente estudo foi utilizar os dados da metanálise VOYAGER ($n = 32.258$ pacientes) para determinar as doses de rosuvastatina, atorvastatina e sinvastatina que induzem reduções iguais dos níveis de LDL-c e de colesterol não-HDL. Em média, a rosuvastatina 5 mg reduziu o LDL-c em 39% e o colesterol não-HDL em 35%. Reduções semelhantes do LDL-c necessitaram de 15 mg de atorvastatina ou 39 mg de sinvastatina. Para se obter a mesma redução do colesterol não-HDL necessitaram de 14 mg de atorvastatina ou 42 mg de sinvastatina. Em média, a rosuvastatina 10 mg diminuiu o LDL-c e o colesterol não-HDL em 44% e 40%, respectivamente. Para reduções semelhantes, foram necessários 29 mg e 27 mg de atorvastatina ou 72 mg e 77 mg de sinvastatina, respectivamente. A rosuvastatina 20 mg diminuiu o LDL-c em 50% e o colesterol não-HDL em 45%. Para se obter a mesma redução do LDL-c e do colesterol não-HDL foram obtidas com atorvastatina 70 mg e 62 mg, respectivamente; a sinvastatina 80 mg não atingiu os mesmos níveis de redução. A rosuvastatina 40 mg diminuiu o LDL-c em 55% e o colesterol não-HDL em 50%; essas reduções não foram obtidas com doses de 80 mg de atorvastatina nem de sinvastatina. Os autores concluíram que, na redução do LDL-c e do colesterol não-HDL, cada dose de rosuvastatina é equivalente a três ou três vezes e meia a dose de atorvastatina e a sete vezes a de sinvastatina.

