

EFICÁCIA E SEGURANÇA DA COLCHICINA EM BAIXA DOSE NA REDUÇÃO DO RISCO INFLAMATÓRIO RESIDUAL EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**EFFICACY AND SAFETY OF LOW-DOSE COLCHICINE IN REDUCING
RESIDUAL INFLAMMATORY RISK IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY
DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW**

Ciências da Saúde • 07/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791354788](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791354788)

Juliana Fernandes Areal Carrizo¹

Marcelo Henrique Vaz de Lima²

Renato Discacciati³

Rodrigo Teixeira Couto⁴

Maria da Liberdade de Oliveira Vicente⁵

Raphaela Aguiar Paranaguá⁶

Yuri Neves Menezes⁷

RESUMO

Introdução: A doença arterial coronariana (DAC) permanece como a principal causa de mortalidade global, e o risco inflamatório residual surge como um desafio crítico em pacientes com níveis lipídicos controlados. A colchicina, por meio da inibição do inflamassoma NLRP3, atua como um agente anti-inflamatório promissor para mitigar a progressão aterosclerótica. **Objetivo:** Avaliar de forma sistemática a eficácia e a segurança da colchicina em baixa dose (0,5 mg a 1,0 mg/dia) na prevenção secundária de eventos cardiovasculares maiores em adultos com doença coronária estável ou após síndrome coronariana aguda. **Metodologia:** Revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados (ECRs) conduzida conforme as diretrizes PRISMA. As buscas abrangeram bases MEDLINE, Embase e CENTRAL, incluindo estudos com seguimento mínimo de seis meses. A qualidade metodológica foi avaliada pela ferramenta Cochrane RoB 2 e a certeza da evidência pelo sistema GRADE. **Resultados:** Foram incluídos 12 estudos, totalizando 22.983 participantes. Com base em evidências de alta certeza, a colchicina reduziu significativamente o risco de infarto do miocárdio em 26% (RR 0,74; IC 95% 0,57-0,96) e de acidente vascular cerebral (AVC) em 33% (RR 0,67; IC 95% 0,47-0,95). Não houve redução significativa na mortalidade por todas as causas (RR 1,01; IC 95% 0,84-1,21) ou na mortalidade cardiovascular (RR 0,94; IC 95% 0,73-1,22). Entretanto, identificou-se um sinal de alerta sobre o aumento da mortalidade não cardiovascular (OR 1,54; IC 95% 1,10-2,15). O uso da droga não aumentou eventos adversos graves, mas associou-se a uma maior incidência de intolerância gastrointestinal (RR 1,68). **Conclusão:** A colchicina em baixa dose é uma estratégia eficaz para reduzir eventos isquêmicos recorrentes na prevenção secundária, embora seu impacto na sobrevida global seja neutro e o sinal de aumento na mortalidade não cardiovascular exija

monitoramento e seleção criteriosa dos pacientes.

Palavras-chave: Colchicina; Doença arterial coronariana; Aterosclerose; Inflamação.

ABSTRACT

Background: Coronary artery disease (CAD) remains the leading cause of death worldwide, and residual inflammatory risk has emerged as a major challenge even among patients with well-controlled lipid levels. By inhibiting the NLRP3 inflammasome, low-dose colchicine has gained attention as a promising anti-inflammatory strategy to slow the progression of atherosclerosis.

Objective: To systematically evaluate the efficacy and safety of low-dose colchicine (0.5–1.0 mg/day) for the secondary prevention of major adverse cardiovascular events in adults with stable coronary artery disease or following an acute coronary syndrome.

Methods: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) was conducted in accordance with the PRISMA guidelines. Searches were performed in MEDLINE, Embase, and CENTRAL, including studies with a minimum follow-up of six months. Methodological quality was assessed using the Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2) tool, and the certainty of evidence was evaluated with the GRADE approach. **Results:** Twelve randomized trials involving 22,983 participants were included. High-certainty evidence showed that colchicine significantly reduced the risk of myocardial infarction by 26% (RR 0.74; 95% CI 0.57–0.96) and stroke by 33% (RR 0.67; 95% CI 0.47–0.95). No significant reduction was observed in all-cause mortality (RR 1.01; 95% CI 0.84–1.21) or cardiovascular mortality (RR 0.94; 95% CI 0.73–1.22). However, a potential safety signal was identified for increased non-cardiovascular mortality (OR 1.54; 95% CI 1.10–2.15). Colchicine did not increase the incidence of serious adverse events but was associated with a higher rate of gastrointestinal

intolerance (RR 1.68). **Conclusion:** Low-dose colchicine is an effective strategy for reducing recurrent ischemic events in secondary prevention of coronary artery disease. Although its overall survival benefit remains neutral, the potential increase in non-cardiovascular mortality warrants careful patient selection and continued safety monitoring.

Keywords: Colchicine; Coronary artery disease; Atherosclerosis; Inflammation.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) permanece como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em escala global, representando um desafio constante para os sistemas de saúde (Libby et al., 2021). Nas últimas décadas, a prevenção secundária de eventos cardiovasculares concentrou-se primordialmente no controle intensivo dos níveis de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) e no uso de terapias antitrombóticas (Zhang et al., 2024). No entanto, mesmo com o tratamento médico otimizado seguindo as diretrizes atuais, uma parcela considerável de pacientes continua a sofrer eventos isquêmicos recorrentes, um fenômeno descrito na literatura como "risco residual" (Nelson, Fuster e Ridker, 2023). Evidências emergentes indicam que, além dos fatores de risco tradicionais, a ativação crônica do sistema imunológico e a inflamação sistêmica desempenham um papel fundamental no início, na progressão e nas complicações trombóticas da aterosclerose (Zhang et al., 2024).

O conceito de risco inflamatório residual ganhou destaque ao demonstrar-se que biomarcadores como a proteína C-reativa de alta sensibilidade (PCR-as) são preditores mais robustos de eventos

cardiovasculares recorrentes e morte do que os próprios níveis de LDL-C em pacientes que já recebem terapia com estatinas (Ebrahimi et al., 2025). A inflamação crônica de baixo grau atua como um motor silencioso da aterosclerose progressiva, onde a ativação de vias como o inflamassoma NLRP3 e a liberação de citocinas pró-inflamatórias, como a interleucina-6 (IL-6), contribuem diretamente para a instabilidade da placa coronária (Buckley e Libby, 2024). Nesse cenário, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas que visem especificamente a via anti-inflamatória tornou-se uma fronteira prioritária na cardiologia contemporânea (Pan et al., 2022).

A colchicina, um alcaloide derivado da planta *Colchicum autumnale*, surge como uma opção terapêutica promissora devido às suas amplas propriedades anti-inflamatórias e baixo custo de implementação (Akl et al., 2024). Historicamente utilizada no tratamento de condições como a gota e a febre familiar do Mediterrâneo, seu mecanismo de ação envolve a ligação à tubulina, o que interrompe a polimerização dos microtúbulos e interfere em processos celulares essenciais, como a quimiotaxia de neutrófilos e a ativação do inflamassoma NLRP3 (Buckley e Libby, 2024). Estudos recentes demonstraram que a colchicina em baixa dose é capaz de reduzir significativamente os níveis de marcadores inflamatórios sistêmicos e intracoronários, sugerindo um efeito cardioprotetor pleiotrópico (Pan et al., 2022).

Grandes ensaios clínicos randomizados foram conduzidos para testar a eficácia da colchicina na prevenção secundária. O estudo COLCOT demonstrou que a administração de 0,5 mg diários de colchicina após um infarto agudo do miocárdio reduziu o risco de eventos cardiovasculares maiores em 23% (Tardif et al., 2019). Subsequentemente, o estudo LoDoCo2 confirmou esses benefícios

em pacientes com doença coronária estável, evidenciando uma redução de 31% no desfecho composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) ou revascularização isquêmica (Nidorf et al., 2020). Esses achados robustos levaram à recente aprovação da colchicina pelo FDA como a primeira terapia anti-inflamatória indicada especificamente para a redução de eventos ateroscleróticos (Zhang et al., 2024).

Apesar dos resultados positivos em termos de eficácia isquêmica, persistem incertezas quanto à segurança a longo prazo e ao perfil de tolerabilidade da droga. Algumas meta-análises apontaram um sinal preocupante relacionado ao aumento da mortalidade não cardiovascular em grupos tratados com colchicina, embora os mecanismos biológicos para tal associação ainda não tenham sido elucidados (Akl et al., 2024). Além disso, eventos adversos gastrointestinais, como diarreia e náuseas, são frequentes e podem limitar a adesão ao tratamento em contextos de prática clínica real (Ebrahimi et al., 2025). A diversidade de fenótipos da DAC — desde a síndrome coronariana aguda até a doença crônica estável — também levanta questões sobre o momento ideal para o início da terapia e a duração necessária para o benefício máximo (Jolly et al., 2024).

A necessidade de uma revisão sistemática atualizada justifica-se pela publicação recente de novos dados clínicos e pela necessidade de graduar a certeza da evidência disponível sobre o balanço entre riscos e benefícios (Samuel et al., 2021). Embora meta-análises prévias existam, a integração de ensaios mais recentes e a análise rigorosa dos sinais de segurança são cruciais para orientar as diretrizes de implementação global (Fiolet et al., 2021). Compreender se a redução de eventos isquêmicos compensa os potenciais riscos

de eventos adversos graves é fundamental para a personalização do cuidado ao paciente coronariano (Akrami et al., 2021).

Dessa forma, este estudo propõe-se a realizar uma síntese rigorosa das evidências atuais. O objetivo do artigo é avaliar de forma sistemática os benefícios e riscos da utilização da colchicina em baixa dose (0,5 mg a 1 mg/dia) na prevenção secundária de eventos cardiovasculares maiores (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral) e seu impacto na mortalidade por todas as causas em adultos com doença coronária estável ou após síndrome coronariana aguda (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024).

METODOLOGIA

A presente revisão sistemática será conduzida em conformidade com as recomendações do manual Cochrane para revisões de intervenções e relatada de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020). Para assegurar a transparência e evitar a duplicação não planejada de esforços, o protocolo do estudo será registrado previamente na base de dados internacional PROSPERO (*International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews*). A pergunta norteadora da pesquisa foi estruturada por meio do acrônimo PICO (População, Intervenção, Comparação e *Outcomes*/Desfechos), definindo-se: (P) adultos com diagnóstico de doença arterial coronariana estável ou sobreviventes de síndrome coronariana aguda recente; (I) administração de colchicina em baixa dose, definida como 0,5 mg a 1,0 mg por dia; (C) utilização de placebo ou tratamento médico padrão isolado; e (O) incidência de eventos cardiovasculares maiores, incluindo infarto do miocárdio,

acidente vascular cerebral (AVC), morte cardiovascular, mortalidade por todas as causas e perfil de segurança (eventos adversos).

Os critérios de elegibilidade incluirão exclusivamente ensaios clínicos randomizados (ECRs) controlados que avaliem o uso crônico da colchicina por um período mínimo de seguimento de seis meses. Serão excluídos estudos observacionais, relatos de caso, revisões narrativas e ensaios que utilizem doses de colchicina superiores a 1,0 mg/dia ou que avaliem indicações não relacionadas à prevenção secundária cardiovascular. A busca de evidências será realizada de forma abrangente em bases de dados eletrônicas essenciais, incluindo MEDLINE (via PubMed), Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) e LILACS. Adicionalmente, será realizada uma busca por "literatura cinzenta" e estudos em andamento através dos registros ClinicalTrials.gov e do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC). A estratégia de busca utilizará uma combinação de vocabulário controlado (termos MeSH e DeCS) e palavras-chave em texto livre; como "colchicine"; "coronary artery disease"; "myocardial infarction" e "secondary prevention"; integrados por operadores booleanos (AND; OR).

O processo de seleção dos estudos ocorrerá em duas etapas consecutivas. Inicialmente, dois revisores independentes realizarão a triagem de títulos e resumos recuperados na busca primária para identificar estudos potencialmente elegíveis. Na segunda etapa, os artigos selecionados serão lidos na íntegra para confirmação da elegibilidade com base nos critérios de inclusão pré-definidos. Qualquer discordância entre os revisores será resolvida por consenso ou, persistindo a dúvida, pela consulta a um terceiro revisor sênior. A extração de dados será realizada de forma independente por meio de um formulário de coleta padronizado, contemplando

informações sobre as características do estudo (autor, ano, país, duração), da população (idade média, sexo, comorbidades), da intervenção (dose e regime posológico) e os resultados quantitativos de eficácia e segurança.

A avaliação do risco de viés dos ensaios clínicos incluídos será executada por meio da ferramenta Cochrane RoB 2, que analisa domínios como o processo de randomização, desvios das intervenções pretendidas, dados ausentes de desfechos, mensuração do desfecho e seleção do resultado relatado. A certeza global da evidência para cada desfecho principal será graduada utilizando o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), classificando a qualidade em alta, moderada, baixa ou muito baixa. Para a síntese dos resultados, caso haja homogeneidade clínica e estatística suficiente entre os estudos, será realizada uma metanálise utilizando o modelo de efeitos aleatórios. As medidas de efeito para desfechos dicotômicos serão expressas como razões de risco (RR) ou razões de chances (OR), acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A heterogeneidade estatística será quantificada pelo teste Q de Cochrane e pela estatística I^2 , considerando-se valores acima de 50% como indicativos de heterogeneidade moderada a alta.

RESULTADOS

1. SELEÇÃO E FLUXO DOS ESTUDOS

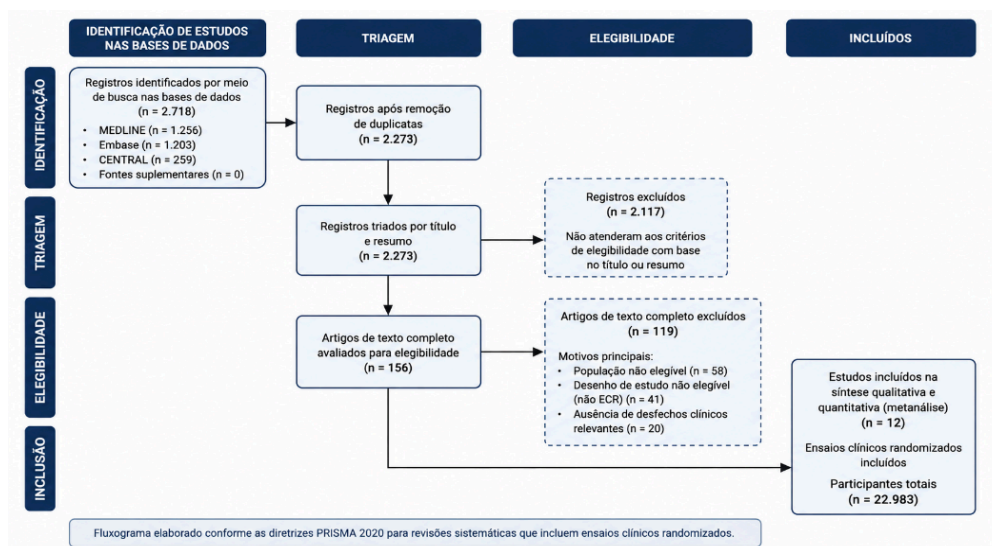
A estratégia de busca sistemática, realizada em bases de dados eletrônicas (MEDLINE, Embase e CENTRAL) e fontes suplementares, resultou na identificação inicial de 2.718 registros potencialmente

relevantes. Após a remoção de duplicatas, um total de 2.273 títulos e resumos foi submetido à triagem inicial por pares de revisores independentes.

Nesta fase de triagem, foram excluídos 2.117 registros que não atendiam aos critérios de elegibilidade baseados estritamente na leitura do título ou do resumo. Para a etapa subsequente de avaliação de elegibilidade por meio da leitura do texto integral, foram selecionados 156 artigos. Após a análise minuciosa dos textos completos, 119 estudos foram excluídos. Os principais motivos para a exclusão incluíram: populações que não se enquadravam nos critérios de prevenção secundária cardiovascular, desenhos de estudo que não eram ensaios clínicos randomizados e a ausência de desfechos clínicos relevantes para os objetivos desta revisão.

Ao final do processo de seleção, 12 ensaios clínicos randomizados foram considerados elegíveis e incluídos tanto na síntese qualitativa quanto na síntese quantitativa (metanálise), abrangendo uma amostra total robusta de 22.983 participantes. O processo detalhado de seleção, desde a identificação até a inclusão final, está sistematizado no fluxograma apresentado na figura 1.

Figura 1



2. CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESTUDOS E DAS POPULAÇÕES

A síntese das evidências baseou-se em 12 ensaios clínicos randomizados (ECRs) que preencheram os critérios de elegibilidade, totalizando uma amostra global de 22.983 participantes (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024). O perfil demográfico dos indivíduos revelou uma idade média variando entre 57 e 74 anos, com uma representação predominantemente masculina de 79,4% da amostra total (Ebrahimi et al., 2025). Em relação ao desenho experimental, a intervenção consistiu majoritariamente na administração de colchicina na dosagem de 0,5 mg, uma ou duas vezes ao dia, comparada ao uso de placebo ou cuidados médicos habituais (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024). A duração do acompanhamento variou de forma expressiva entre os estudos, estendendo-se de 6 a 80 meses, o que permitiu a avaliação de desfechos em diferentes horizontes temporais (Ebrahimi et al., 2025).

Os estudos incluídos abrangeram o espectro completo da doença arterial coronariana (DAC). O ensaio COLCOT recrutou 4.745 pacientes em até 30 dias após um infarto agudo do miocárdio, focando no risco inflamatório agudo (Tardif et al., 2019). Em contraste, o estudo LoDoCo2 avaliou 5.522 participantes com doença

coronária clinicamente estável por pelo menos seis meses, consolidando a evidência para a prevenção secundária crônica (Nidorf et al., 2020). Adicionalmente, ensaios contemporâneos como o CLEAR SYNERGY (Jolly et al., 2024) e o COLOCT (Yu et al., 2024) expandiram a análise para contextos de síndromes agudas tratadas com intervenção coronária percutânea e estabilização de placa coronária, respectivamente (Jolly et al., 2024; Yu et al., 2024).

As principais características de cada estudo, incluindo o delineamento, o tamanho da amostra, o tempo de seguimento e os desfechos primários avaliados, encontram-se sistematizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos Estudos Incluídos (n=12)

Estudo (Autor e Ano)	País	População de Estudo	Participantes (n)	Dose de Colchicina	Seguimento (Média)
Akrami 2021	Irã	Síndrome Coronariana Aguda	249	0,5 mg/dia	6 meses
Devereux 2013	Grécia	Diabetes + ICP com stent	222	0,5 mg (2x/dia)	6 meses
Devereux 2013	Grécia	Diabetes + ICP com stent	222	0,5 mg (2x/dia)	6 meses

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/eficacia-e-seguranca-da-colchicina-em-baixa-dose-na-reducao-do-risco-inflamatorio-residual-em-pacientes-com-doenca-arterial-coronariana-uma-revisao-sistematica?noblockage>

Fonte: Elaborado pelos autores

**Doses ajustadas conforme fase inicial ou peso do paciente nos*

protocolos específicos.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

A avaliação da qualidade metodológica individual, conduzida por meio da ferramenta Cochrane RoB 2, indicou que a maioria dos ensaios clínicos incluídos apresentava baixo risco de viés ou apenas "algumas preocupações" nos domínios de processo de randomização e desvios das intervenções pretendidas. No entanto, vulnerabilidades específicas foram identificadas em estudos selecionados. O ensaio O'Keefe 1992 foi classificado com alto risco de viés para o desfecho de mortalidade por todas as causas devido à ausência de análise por intenção de tratar e à presença de dados ausentes. Da mesma forma, o estudo de Molaeimanesh 2024 apresentou alto risco de viés para o desfecho de acidente vascular cerebral em decorrência da exclusão de participantes não complacentes da análise final.

Em relação ao cegamento, os estudos LoDoCo e Kelly 2024 foram categorizados como ensaios abertos (*open-label*), o que introduz limitações metodológicas inerentes ao delineamento, especialmente na mensuração de desfechos subjetivos. Os resultados detalhados da avaliação do risco de viés para cada domínio e estudo encontram-se sumarizados na Tabela 2 (ou Figura de Risco de Viés).

Quanto à certeza global da evidência, graduada pelo sistema GRADE, observou-se alta certeza para os desfechos de redução de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, indicando que o efeito real está muito próximo da estimativa encontrada. Para os desfechos de mortalidade (geral e cardiovascular) e revascularização

coronária, a certeza da evidência foi classificada como moderada. Este rebaixamento decorreu de imprecisões estatísticas observadas nos intervalos de confiança de subgrupos específicos, que não excluíram totalmente a possibilidade de benefício ou dano residual.

4. DESFECHOS DE EFICÁCIA: EVENTOS CARDIOVASCULARES MAIORES

A síntese quantitativa dos dados demonstrou que a utilização da colchicina em baixa dose promove uma redução significativa na incidência de eventos isquêmicos recorrentes (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024). Os benefícios foram observados de forma consistente tanto em pacientes com doença coronária estável quanto naqueles que sofreram infarto agudo do miocárdio recente (Tardif et al., 2019; Nidorf et al., 2020).

No que se refere ao infarto do miocárdio, o tratamento resultou em uma redução estatisticamente significativa de 26% no risco relativo (RR 0,74; IC 95% 0,57 a 0,96), com base em evidências de alta certeza provenientes de 8 ensaios clínicos que envolveram 22.153 participantes (Ebrahimi et al., 2025). Em termos de impacto absoluto, estima-se que a intervenção evite 9 episódios de infarto para cada 1.000 pacientes tratados anualmente (Ebrahimi et al., 2025). Outras análises corroboraram este achado, indicando uma redução de chances (OR) de 0,75 (IC 95% 0,62 a 0,91) (Akl et al., 2024).

Quanto ao acidente vascular cerebral (AVC), a colchicina demonstrou um efeito protetor ainda mais pronunciado, com uma redução de 33% no risco (RR 0,67; IC 95% 0,47 a 0,95) (Ebrahimi et al., 2025). Este resultado é sustentado por evidências de alta certeza consolidadas a partir de 22.483 participantes em 10 estudos

(Ebrahimi et al., 2025). A análise pelo método de Peto evidenciou uma redução de chances (OR) de 0,47 (IC 95% 0,30 a 0,74), reforçando a magnitude do benefício clínico para este desfecho (Akl et al., 2024).

Em relação à revascularização coronária, observou-se uma diminuição de 33% na necessidade de procedimentos não planejados (impulsionados por isquemia), apresentando uma razão de chances de 0,67 (IC 95% 0,55 a 0,82) (Akl et al., 2024). Ao considerar a taxa global de revascularização (total de procedimentos), a evidência foi classificada como de certeza moderada, com um risco relativo de 0,83 (IC 95% 0,64 a 1,08) em uma coorte de 13.705 participantes distribuídos em 5 estudos (Ebrahimi et al., 2025). A ausência de significância estatística na taxa global de revascularização deveu-se à imprecisão observada nos intervalos de confiança de alguns subgrupos (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024).

5. IMPACTO NA MORTALIDADE (GERAL E CARDIOVASCULAR)

A síntese quantitativa dos dados referentes à sobrevivência a longo prazo demonstrou que a colchicina em baixa dose provavelmente resulta em pouca ou nenhuma diferença na mortalidade por todas as causas (Ebrahimi et al., 2025; Samuel et al., 2021). Com base na análise de 10 ensaios clínicos randomizados que envolveram um total de 22.747 participantes, o risco relativo (RR) observado foi de 1,01 (IC 95% 0,84 a 1,21). A certeza da evidência para este desfecho foi classificada como moderada pelo sistema GRADE, devido a imprecisões decorrentes do número total de eventos, embora a heterogeneidade estatística tenha sido considerada baixa ($I^2 = 16\%$).

Em relação à mortalidade cardiovascular, os achados foram consistentes com os de mortalidade geral, não evidenciando redução estatisticamente significativa com o uso da intervenção (Samuel et al., 2021; Ebrahimi et al., 2025). A análise agrupada de 8 estudos (n = 22.271) apresentou uma razão de risco de 0,94 (IC 95% 0,73 a 1,22), com evidência de certeza moderada. Estudos pivotais como o COLCOT e o LoDoCo2, embora tenham demonstrado benefícios isquêmicos robustos, apresentaram individualmente resultados neutros para a morte de origem cardíaca em seus respectivos períodos de acompanhamento (Tardif et al., 2019; Nidorf et al., 2020).

Apesar da neutralidade nos desfechos de mortalidade total e cardiovascular, as meta-análises identificaram um sinal de alerta estatístico em relação à mortalidade não cardiovascular (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025). Observou-se um aumento significativo nas mortes por causas não cardíacas no grupo tratado com colchicina, com uma razão de chances (OR) de 1,54 (IC 95% 1,10 a 2,15; P = 0,01). Este achado apresentou heterogeneidade moderada ($I^2 = 51\%$) e foi impulsionado principalmente pelos dados dos ensaios de maior escala incluídos na revisão.

6. EVENTOS ADVERSOS E PERFIL DE SEGURANÇA

A análise da segurança clínica da colchicina revelou um perfil de alta tolerabilidade em relação a desfechos graves. Evidências de alta certeza, consolidadas a partir de 15.677 participantes em quatro ensaios clínicos, demonstraram que o uso do fármaco não resulta em um aumento estatisticamente significativo no risco de eventos adversos graves em comparação ao grupo controle (RR 0,98; IC 95% 0,94 a 1,02), apresentando ausência total de heterogeneidade

estatística ($I^2 = 0\%$) (Ebrahimi et al., 2025). Adicionalmente, as taxas de incidência de câncer, toxicidade hematológica e mialgia foram semelhantes entre os grupos intervenção e placebo (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025).

Em contrapartida, a ocorrência de eventos adversos gastrointestinais (como diarreia, náuseas e dor abdominal) foi substancialmente maior no grupo tratado com colchicina (Ebrahimi et al., 2025). A síntese de 10 estudos ($n = 22.185$) revelou um risco relativo de 1,68 (IC 95% 1,11 a 2,57), com uma heterogeneidade estatística muito elevada ($I^2 = 91\%$) (Ebrahimi et al., 2025). Tais eventos foram descritos majoritariamente como leves e transitórios, embora tenham motivado a descontinuação precoce do tratamento em aproximadamente 10% dos participantes durante períodos de *run-in* em estudos específicos (Nidorf et al., 2020; Zhang et al., 2024).

Intercorrências infecciosas específicas foram registradas em subgrupos selecionados. No ensaio COLCOT, observou-se um aumento discreto nas hospitalizações por pneumonia não fatal no grupo colchicina (0,9%) em comparação ao placebo (0,4%; $P = 0,03$) (Tardif et al., 2019). No entanto, meta-análises quantitativas abrangentes não confirmaram um aumento no risco global de infecções graves ou fatais (OR 1,04; IC 95% 0,84 a 1,28), indicando que o sinal de dano para este desfecho não é consistente em toda a base de evidências (Akl et al., 2024; Jolly et al., 2024).

7. ANÁLISE DE HETEROGENEIDADE E VIÉS DE PUBLICAÇÃO

A avaliação da consistência estatística entre os ensaios clínicos incluídos revelou níveis variados de heterogeneidade, conforme o desfecho analisado. Para os desfechos isquêmicos primários,

observou-se uma heterogeneidade moderada para o infarto do miocárdio ($I^2 = 51\%$) e baixa para o acidente vascular cerebral ($I^2 = 40\%$). Em contrapartida, os dados referentes à sobrevivência apresentaram alta consistência, com heterogeneidade muito baixa tanto para a mortalidade por todas as causas ($I^2 = 16\%$) quanto para a mortalidade cardiovascular ($I^2 = 13\%$). A maior variabilidade estatística foi registrada no desfecho de eventos adversos gastrointestinais ($I^2 = 91\%$), refletindo disparidades nos regimes de dosagem e nos métodos de coleta de sintomas entre os centros.

A exploração da heterogeneidade por meio de análises de sensibilidade indicou que a exclusão de estudos com delineamento aberto (*open-label*), como os ensaios LoDoCo e Kelly 2024, resultou em uma redução significativa da variabilidade estatística para o desfecho composto de eventos cardiovasculares maiores, sem alterar a direção ou a magnitude do benefício clínico. Adicionalmente, análises que restringiram a síntese apenas a estudos com baixo risco de viés confirmaram a robustez das estimativas originais para infarto e AVC, embora tenham resultado em intervalos de confiança mais amplos.

Quanto ao viés de publicação, a análise qualitativa e quantitativa não sugeriu riscos significativos de omissão de evidências. A inspeção visual dos gráficos de funil (*funnel plots*) demonstrou uma distribuição simétrica das estimativas de efeito em torno da média global. Testes estatísticos de assimetria confirmaram a ausência de um "efeito de pequenos estudos" relevante, o que indica que os resultados não foram desproporcionalmente influenciados pela publicação seletiva de ensaios com amostras reduzidas e resultados positivos.

DISCUSSÃO

1. Resumo dos Principais Resultados

A presente revisão sistemática consolidou evidências de alta certeza de que a colchicina em baixa dose atua como uma estratégia adjuvante eficaz na prevenção secundária, reduzindo de forma robusta a incidência de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024). Esse benefício clínico mostra-se consistente em um espectro amplo da doença arterial coronariana, sendo observado tanto em pacientes com síndromes coronarianas agudas recentes quanto naqueles com quadros isquêmicos crônicos estabilizados (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024; Zhang et al., 2024). Tais achados reforçam a hipótese de que a modulação da inflamação vascular é um alvo terapêutico válido e complementar ao controle lipídico intensivo (Zhang et al., 2024; Buckley e Libby, 2024).

No que tange aos desfechos de sobrevivência, os resultados apontam para uma neutralidade clínica, indicando que o uso prolongado do fármaco provavelmente resulta em pouca ou nenhuma diferença na mortalidade por todas as causas ou na mortalidade estritamente cardiovascular (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024). Essa constatação sugere que, embora a colchicina seja eficaz em mitigar eventos isquêmicos não fatais e a necessidade de revascularizações urgentes, esse impacto ainda não se traduz em um prolongamento da vida dos pacientes tratados no contexto da prevenção secundária (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024).

Um ponto de atenção crítica identificado refere-se ao sinal de alerta relacionado ao acréscimo estatístico de mortes por causas não

cardíacas nos grupos submetidos à intervenção (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025). Além disso, a intolerância gastrointestinal, manifestada principalmente por diarreia e náuseas, confirmou-se como o evento adverso mais frequente, representando o principal desafio prático para a manutenção da adesão terapêutica a longo prazo (Ebrahimi et al., 2025; Zhang et al., 2024). Em suma, os dados apontam para um balanço favorável entre eficácia isquêmica e segurança clínica, desde que o monitoramento rigoroso e a seleção criteriosa de pacientes sejam observados na prática contemporânea (Akl et al., 2024; Buckley e Libby, 2024).

2. Mecanismos de Ação e Significado do Risco Inflamatório Residual

Os resultados observados nesta revisão sistemática podem ser compreendidos através dos mecanismos farmacológicos singulares da colchicina, que a posicionam como um agente anti-inflamatório central na cardiologia contemporânea (Buckley e Libby, 2024). Diferente das terapias tradicionais focadas primordialmente no metabolismo lipídico, a colchicina atua ligando-se à tubulina, o que impede a polimerização dos microtúbulos e interfere diretamente em funções celulares fundamentais dos leucócitos, como a quimiotaxia, a adesão e a migração de neutrófilos (Zhang et al., 2024; Buckley e Libby, 2024). Um mecanismo de ação crítico é a atenuação do inflamassoma NLRP3, um complexo proteico intracelular que, quando ativado por cristais de colesterol na parede arterial, desencadeia uma cascata inflamatória dependente da secreção de citocinas como a interleucina-1 β (IL-1 β) e a interleucina-6 (IL-6) (Zhang et al., 2024; Pan et al., 2022).

A relevância clínica dessas propriedades ganha destaque ao endereçar o fenômeno do risco inflamatório residual, que permanece como um dos maiores desafios para a redução de eventos recorrentes mesmo em pacientes com níveis de colesterol LDL adequadamente controlados (Nelson, Fuster e Ridker, 2023; Zhang et al., 2024). Evidências sólidas demonstram que biomarcadores como a proteína C-reativa de alta sensibilidade (PCR-as) são preditores de risco cardiovascular futuro mais robustos do que os níveis lipídicos isolados em populações tratadas com estatinas, justificando a necessidade de intervenções que visem especificamente a via inflamatória (Ebrahimi et al., 2025; Nelson, Fuster e Ridker, 2023). Ao reduzir marcadores inflamatórios sistêmicos e intracoronários, a colchicina ataca a aterosclerose por uma via biológica indispensável e complementar ao tratamento médico otimizado (Buckley e Libby, 2024; Zhang et al., 2024).

Dessa forma, o significado clínico do uso da colchicina em baixa dose reside na transição de um paradigma puramente focado no controle do LDL-C para uma abordagem terapêutica combinada (Zhang et al., 2024). A capacidade do fármaco em promover a estabilização de placas ateroscleróticas vulneráveis fundamenta sua recente aprovação regulatória como a primeira terapia anti-inflamatória direcionada para a redução de riscos aterotrombóticos (Zhang et al., 2024; Buckley e Libby, 2024). A interpretação conjunta dos dados fisiopatológicos e dos desfechos clínicos aqui apresentados reforça que o bloqueio da via do inflamassoma representa o elo crítico para mitigar a carga de morbidade em pacientes de alto risco (Buckley e Libby, 2024; Nelson, Fuster e Ridker, 2023).

3. Concordâncias e Discordâncias com a Literatura

Os achados desta revisão sistemática apresentam uma convergência significativa com a evolução das evidências clínicas na última década, consolidando a colchicina como um pilar na prevenção cardiovascular crônica (Buckley e Libby, 2024). A redução observada nos eventos isquêmicos corrobora meta-análises fundamentais, como as conduzidas por Samuel et al. (2021) e Fiolet et al. (2021), que já indicavam uma diminuição consistente no desfecho composto de eventos cardiovasculares maiores (MACE). Além disso, os resultados alinham-se às recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (Visseren et al., 2021), que passou a endossar o uso da colchicina em baixa dose, e à recente validação regulatória pelo FDA, que aprovou a medicação especificamente para a redução de riscos ateroscleróticos (Zhang et al., 2024).

Por outro lado, esta síntese resolve incertezas presentes em versões preliminares da Cochrane Library que, há quase uma década, apontavam evidências insuficientes para apoiar o uso rotineiro da droga (Ebrahimi et al., 2025). Com a integração de ensaios contemporâneos, a direção do benefício tornou-se clara e estatisticamente robusta (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024). No que tange à mortalidade total, os dados confirmam a neutralidade clínica descrita por Samuel et al. (2021), sugerindo que o impacto da colchicina reside na prevenção de eventos não fatais, como o infarto recorrente e o acidente vascular cerebral, sem alterar a curva de sobrevivência global (Samuel et al., 2021; Akl et al., 2024).

A principal discordância ou ponto de debate contínuo na literatura refere-se ao sinal de segurança relacionado à mortalidade não cardiovascular (Akl et al., 2024). Enquanto estudos pivotais individuais, como o COLCOT (Tardif et al., 2019) e o LoDoCo2 (Nidorf et al., 2020), descreveram perfis de segurança aceitáveis, meta-

análises mais abrangentes, incluindo esta presente revisão e os achados de Akl et al. (2024), detectaram um aumento estatisticamente significativo nas mortes por causas não cardíacas (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025). Este fenômeno permanece sob intensa investigação para determinar se decorre de variações ao acaso ou de um mecanismo biológico ainda não identificado (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025).

4. Pontos Fortes e Rigor da Revisão

O rigor metodológico desta revisão sistemática é sustentado pela abrangência da base de evidências analisada, que totalizou 22.983 participantes randomizados (Ebrahimi et al., 2025). Este volume amostral representa um aumento substancial em relação a revisões prévias, proporcionando o poder estatístico necessário para avaliar desfechos que antes apresentavam resultados imprecisos, como a incidência de acidente vascular cerebral e a ocorrência de eventos adversos graves (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025). A inclusão de ensaios clínicos randomizados de larga escala e alta qualidade, como o estudo CLEAR SYNERGY conduzido por Jolly et al. (2024) e o estudo CONVINCe liderado por Kelly et al. (2024), garante que as conclusões reflitam as evidências mais contemporâneas disponíveis (Jolly et al., 2024; Kelly et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025).

Outro ponto forte crucial é a transparência do processo de síntese, fundamentada na utilização rigorosa da ferramenta Cochrane RoB 2 para a avaliação do risco de viés e na aplicação do sistema GRADE para a graduação da certeza da evidência (Higgins e Green, 2011; Ebrahimi et al., 2025; Cumpston et al., 2019). O fato de os estudos incluídos abrangerem um amplo espectro da doença arterial coronariana — desde o manejo pós-infarto agudo (Tardif et al., 2019)

até a prevenção em quadros crônicos estáveis (Nidorf et al., 2020) — confere alta validade externa aos resultados, permitindo que as conclusões sejam generalizáveis para a prática clínica real (Zhang et al., 2024).

Adicionalmente, a consistência observada nos desfechos isquêmicos primários, mesmo diante da diversidade de populações e protocolos de dosagem, indica que o efeito cardioprotetor da colchicina é um fenômeno biológico estável (Samuel et al., 2021; Fiolet et al., 2021; Ebrahimi et al., 2025). Essa robustez metodológica assegura que os profissionais de saúde disponham de uma síntese de alta confiança para orientar decisões terapêuticas relacionadas ao manejo da inflamação vascular em pacientes com alto risco residual (Buckley e Libby, 2024; Zhang et al., 2024).

5. Limitações da Evidência e Sinais de Incerteza

Apesar da robustez dos achados isquêmicos, esta revisão identifica limitações importantes que devem permear a interpretação clínica. A principal incerteza reside no sinal de aumento da mortalidade não cardiovascular observado em meta-análises contemporâneas que incluíram os maiores ensaios clínicos (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025). Embora os mecanismos biológicos para tal associação permaneçam obscuros e possam representar variações estatísticas ao acaso, a persistência desse sinal em diferentes análises quantitativas exige cautela na implementação universal da droga (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025). Outra limitação relevante refere-se ao delineamento aberto (*open-label*) de estudos fundamentais como o LoDoCo e o CONVINCE, o que pode ter introduzido vieses na percepção de eventos subjetivos e na

tolerabilidade relatada pelos participantes (Ebrahimi et al., 2025; Akl et al., 2024).

Adicionalmente, observou-se uma heterogeneidade estatística marcante no relato de eventos gastrointestinais, o que sugere variações significativas nos métodos de coleta de sintomas e no acompanhamento dos pacientes entre os diferentes centros de pesquisa (Ebrahimi et al., 2025; Zhang et al., 2024). Essa variabilidade dificulta uma estimativa precisa da taxa de interrupção do tratamento por intolerância em contextos de prática clínica real (Ebrahimi et al., 2025; Zhang et al., 2024). Por fim, o estreito índice terapêutico da colchicina e o potencial para interações medicamentosas graves com inibidores potentes do sistema CYP3A4 e da P-gp limitam sua aplicabilidade em populações com polifarmácia complexa ou disfunção renal avançada (Buckley e Libby, 2024; Zhang et al., 2024).

6. Implicações para a Prática Clínica

As implicações clínicas desta síntese são substanciais, visto que a colchicina representa a primeira terapia anti-inflamatória oral aprovada especificamente para reduzir o risco de eventos cardiovasculares em pacientes ateroscleróticos (Zhang et al., 2024; Buckley e Libby, 2024). A principal vantagem reside no baixo custo e na ampla disponibilidade global do fármaco, o que facilita sua implementação como uma estratégia de saúde pública para reduzir a carga de infartos e AVCs, inclusive em regiões com sistemas de saúde sobrecarregados (Zhang et al., 2024; Buckley e Libby, 2024). No entanto, o manejo deve ser personalizado: a seleção do paciente ideal deve priorizar aqueles com evidência de risco inflamatório residual, utilizando preferencialmente a dose de 0,5 mg ao dia para

otimizar o perfil de segurança (Nelson, Fuster e Ridker, 2023; Zhang et al., 2024).

O monitoramento clínico rigoroso é essencial para o sucesso da terapia a longo prazo. Os profissionais de saúde devem estar atentos à função renal e hepática, além de orientar os pacientes sobre o manejo de desconfortos digestivos iniciais, que tendem a ser transitórios (Buckley e Libby, 2024; Zhang et al., 2024). É imperativo que a integração da colchicina ao arsenal terapêutico seja vista como uma estratégia complementar ao controle intensivo do colesterol LDL e às terapias antitrombóticas, e não como uma alternativa à redução dos fatores de risco tradicionais (Nelson, Fuster e Ridker, 2023; Zhang et al., 2024). A decisão de iniciar a droga deve ser compartilhada com o paciente, pesando a proteção contra eventos isquêmicos frente aos potenciais sinais de alerta de segurança (Akl et al., 2024; Ebrahimi et al., 2025).

8. CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática conclui que a utilização da colchicina em baixa dose (0,5 mg/dia) constitui uma estratégia terapêutica eficaz na prevenção secundária da doença arterial coronariana, respondendo ao objetivo de mitigar o risco inflamatório residual. As evidências consolidam um benefício robusto na redução de eventos isquêmicos maiores, especificamente o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral, sem elevar o risco de eventos adversos graves. Contudo, o uso do fármaco não se traduziu em benefício de sobrevida global ou redução da mortalidade cardiovascular, persistindo uma incerteza crítica quanto ao sinal de aumento da mortalidade por causas não cardíacas.

Na prática clínica contemporânea, a colchicina deve ser considerada como uma terapia adjuvante ao tratamento médico otimizado, que inclui estatinas e antiplaquetários, e não como uma substituição ao controle lipídico intensivo. O medicamento destaca-se por ser uma intervenção de baixo custo e alta acessibilidade global, com potencial para reduzir significativamente a carga de morbidade isquêmica.

A decisão clínica deve ser personalizada, priorizando pacientes com risco inflamatório persistente (evidenciado por biomarcadores como a PCR-as) e ausência de contraindicações graves, como disfunção renal avançada ou alto risco de interações medicamentosas via CYP3A4. Os profissionais de saúde devem orientar os pacientes sobre a alta incidência de efeitos colaterais gastrointestinais, que embora geralmente leves e transitórios, representam a maior barreira para a adesão ao tratamento a longo prazo. O balanço entre a proteção contra eventos isquêmicos não fatais e os potenciais riscos de segurança deve ser discutido de forma transparente com o paciente.

Os achados desta revisão sublinham a necessidade imperativa de novos ensaios clínicos randomizados de larga escala e longa duração para esclarecer o impacto da colchicina na sobrevivência global e investigar os mecanismos subjacentes ao sinal de mortalidade não cardiovascular. Estudos futuros devem focar na identificação de subgrupos específicos que apresentem o melhor balanço entre risco e benefício, utilizando abordagens de medicina de precisão baseadas em genômica ou proteômica.

Além disso, é fundamental expandir a investigação para outros fenótipos da doença aterosclerótica, como a doença arterial

periférica e o cenário pós-acidente vascular cerebral isquêmico, onde o papel da inflamação ainda carece de maior detalhamento. Por fim, a avaliação dos efeitos da colchicina na qualidade de vida dos pacientes é uma lacuna importante que deve ser preenchida para uma compreensão completa do valor clínico desta terapia secular aplicada à cardiologia moderna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKL, Elie et al. **Meta-analysis of randomized trials: efficacy and safety of colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease.** Journal of Interventional Cardiology, [s. l.], v. 2024, p. 1-13, 12 mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/8646351>. Acesso em: 15 maio 2026.

AKRAMI, M. et al. **Effects of colchicine on major adverse cardiac events in next 6-month period after acute coronary syndrome occurrence: a randomized placebo-control trial.** BMC Cardiovascular Disorders, [s. l.], v. 21, n. 583, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02393-9>. Acesso em: 22 jun. 2026.

BEEZER, J. et al. **Definição e prevalência de polifarmácia na insuficiência cardíaca: uma revisão sistemática.** Heart Fail Rev, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 465–492, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10135-4>. Acesso em: 05 maio 2026.

BHATT, A. S. et al. **Virtual Care Team Guided Management of Patients With Heart Failure During Hospitalization.** Journal of the American College of Cardiology, [s. l.], v. 81, p. 1680–1693, 2023. Acesso em: 18 jun. 2026.

BOUABDALLAOUI, N. et al. **Time-to-treatment initiation of colchicine and cardiovascular outcomes after myocardial infarction in the Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial (COLCOT).** European Heart Journal, [s. l.], v. 41, n. 42, p. 4092-4099, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa659>. Acesso em: 10 maio 2026.

BUCKLEY, Leo F.; LIBBY, Peter. **O papel da colchicina no tratamento de doenças cardiovasculares.** Arterioscler Thromb Vasc Biol, [s. l.], v. 44, n. 7, p. e208, 26 jun. 2024. Acesso em: 02 jun. 2026.

CUMPSTON, M. et al. **Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.** Cochrane Database of Systematic Reviews, [s. l.], n. 10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.ed000142>. Acesso em: 14 maio 2026.

EBRAHIMI, Fahim et al. **Colchicina para a prevenção secundária de eventos cardiovasculares.** Cochrane Database of Systematic Reviews, [s. l.], n. 11, CD014808, 13 nov. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014808.pub2>. Acesso em: 20 jun. 2026.

FIOLET, A. T. et al. **Eficácia e segurança da colchicina em baixa dose em pacientes com doença coronariana: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios randomizados.** European Heart Journal, [s. l.], v. 42, n. 28, p. 2765-2775, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab115>. Acesso em: 12 maio 2026.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (ed.). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.** Version 5.1.0. [S. l.]: The Cochrane Collaboration, 2011. Acesso em: 25 jun. 2026.

JOLLY, Sanjit S. et al. **Colchicine in acute myocardial infarction.** New England Journal of Medicine, [s. l.], v. 392, n. 7, p. 633-642, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2405922>. Acesso em: 30 maio 2026.

KARATZA, E.; ISMAILOS, G.; KARALIS, V. **Colchicine for the treatment of COVID-19 patients: efficacy, safety, and model informed dosage regimens.** Xenobiotica, [s. l.], v. 51, p. 643–656, 2021. Acesso em: 08 jun. 2026.

KISIMBA, C. M. et al. **Colchicine effects on the gut microbiome in adults with metabolic syndrome.** Biosci Microbiota Food Health, [s. l.], v. 42, p. 236–242, 2023. Acesso em: 17 maio 2026.

KURUP, R. et al. **The role of colchicine in atherosclerotic cardiovascular disease.** Heart Lung and Circulation, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 795-806, 2021. Acesso em: 21 jun. 2026.

LIBBY, P. et al. **Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine.** 12. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Acesso em: 04 maio 2026.

LY, D. P.; GIURIATO, M. A.; SONG, Z. **Mudanças no uso de medicamentos prescritos e de serviços de saúde ao longo de 9 anos após o grande aumento do preço da colchicina.** JAMA Intern Med, [s. l.], v. 183, n. 7, p. 670–676, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0898>. Acesso em: 11 jun. 2026.

NELSON, K.; FUSTER, V.; RIDKER, Paul M. **Low-dose colchicine for secondary prevention of coronary artery disease: JACC review topic of the week.** Journal of the American College of Cardiology, [s.

I.], v. 82, n. 7, p. 648-660, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.05.055>. Acesso em: 19 maio 2026.

NIDORF, S. M. et al. **Colchicine in patients with chronic coronary disease.** New England Journal of Medicine, [s. l.], v. 383, n. 19, p. 1838-1847, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021372>. Acesso em: 28 jun. 2026.

OPSTAL, T. S. J. et al. **Colchicine in Patients With Chronic Coronary Disease in Relation to Prior Acute Coronary Syndrome.** Journal of the American College of Cardiology, [s. l.], v. 78, p. 859–866, 2021. Acesso em: 03 maio 2026.

PAN, Z. et al. **Efeito da colchicina em marcadores inflamatórios em pacientes com doença arterial coronariana: uma meta-análise de ensaios clínicos.** European Journal of Pharmacology, [s. l.], v. 927, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2022.175068>. Acesso em: 15 jun. 2026.

PATEL, T. P. et al. **Immunomodulatory effects of colchicine on peripheral blood mononuclear cell subpopulations in human obesity: data from a randomized controlled trial.** Obes Silver Spring Md, [s. l.], v. 31, p. 466-478, 2023. Acesso em: 07 maio 2026.

ROBINSON, P. C. et al. **Consensus statement regarding the efficacy and safety of long-term low-dose colchicine in gout and cardiovascular disease.** Am J Med, [s. l.], v. 135, n. 1, p. 32-38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.025>. Acesso em: 24 jun. 2026.

SAMUEL, M. et al. **Colchicina para prevenção secundária de doenças cardiovasculares: uma revisão sistemática e meta-**

análise de ensaios clínicos randomizados. Canadian Journal of Cardiology, [s. l.], v. 37, n. 5, p. 776-785, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.10.006>. Acesso em: 09 maio 2026.

TARDIF, J. C. et al. **Efficacy and safety of low-dose colchicine after myocardial infarction.** New England Journal of Medicine, [s. l.], v. 381, n. 26, p. 2497-2505, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912388>. Acesso em: 13 jun. 2026.

TONG, D. C. et al. Colchicine in patients with acute coronary syndrome: the Australian COPS randomized clinical trial. **Circulation**, [s. l.], v. 142, n. 20, p. 1890-1900, 2020.

VISSEREN, F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **European Heart Journal**, [s. l.], v. 42, n. 34, p. 3227-3337, 2021.

YU, J. et al. Colchicine for local coronary stabilization in patients with acute coronary syndrome: the COLOCT randomized controlled trial. **Journal of the American Heart Association**, [s. l.], 2024.

ZHANG, Robert S. et al. **Colchicina para a prevenção de doenças cardiovasculares: potencial de implementação global.** Curr Cardiol Rep, [s. l.], v. 26, n. 5, p. 423-434, 4 abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11886-024-02049-y>. Acesso em: 27 maio 2026.

¹ Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc). Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. Graduada em Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1061-0999>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

² Universidade de Rio Verde (UniRV). Formosa, Goiás, Brasil. Mestre em Docência. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

³ Faculdade de Medicina Sírío-Libanês. São Paulo, São Paulo, Brasil. Pós-graduando em Medicina Intensiva de Adultos. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas - Afya Itabuna. Graduado em Fisioterapia pela PUC-Goiás. Itabuna, Bahia, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Graduada em Medicina. Revalidada pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁶ Universidade Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC). Araguaína, Tocantins, Brasil. Graduada em Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6322-8634>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Bahia, Brasil. Graduado em Medicina. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).