

Comparação da Eficácia do Teste Ergométrico com ou sem Cintilografia Miocárdica em Mulheres Sintomáticas com Suspeita de Doença Arterial Coronária - Resultados do TRIAL What Is the Optimal Method for Ischemia Evaluation in Women (WOMEN)

Ricardo Quental Coutinho

Faculdade de Ciências Médicas/UPE; Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, PE – Brasil

Comparative Effectiveness of Exercise Electrocardiography With or Without Myocardial Perfusion Single Photon Emission Computed Tomography in Women with Suspected Coronary Artery Disease

Leslee J. Shaw, PhD; Jennifer H. Mieres, MD; Robert H. Hendel, MD; William E. Boden, MD; Martha Gulati, MD; Emir Veledar, PhD; Rory Hachamovitch, MD; James A. Arrighi, MD; C. Noel Bairey Merz, MD; Raymond J. Gibbons, MD; Nanette K. Wenger, MD; Gary V. Heller, MD, PhD; for the WOMEN Trial Investigators

Clinical Trial Registration—<http://www.clinicaltrials.gov>. Unique identifier: NCT00282711. (Circulation. 2011;124:1239-1249.)

Características do Estudo

Estudo randomizado envolvendo 808 mulheres (idade média 62 anos) com sintoma torácico tipo anginoso ou equivalente randomizadas para Teste Ergométrico (388) ou Cintilografia Miocárdica (com esforço físico) analisados em vários centros. Como condição de inclusão o ECG deveria ser interpretável (ST) e atingir tolerância igual ou maior que 5 Mets avaliado através de questionário de Duke (DASI); ambos exames atingiram média de 8,4 Mets.

Com relação aos resultados do ponto de vista eletrocardiográfico, as alterações foram semelhantes nos dois métodos, considerado anormal em 20%, indeterminado em 16%, sendo a maioria (64%) normal e com relação as imagens da cintilografia alteração significativa (moderada ou alta) em apenas 6%; alteração leve em 3% e normal na maioria (91%).

Em seguimento de 2 anos a taxa de eventos foi semelhante (TE=1,7%; CINT= 2,3%); P(0,59) Revascularização: TE = 1,0%; CINTILO= 2,2%. A sobrevivência sem eventos maiores foi praticamente idêntica (98% x 97,7 %)

Contextualização

A utilização de cintilografia miocárdica com esforço, como método de escolha na investigação inicial de mulheres sintomáticas com suspeita de DAC, apesar de comum, vem sendo baseado em estudos observacionais.

Este estudo, o primeiro randomizado, de maior poder decisório, vem preencher a lacuna e se contrapõe aos conhecimentos vigentes da suposta superioridade da cintilografia atribuindo, até então, menor acurácia ao teste ergométrico.

Infelizmente, todos os exames não invasivos utilizados para estratificação desta população de mulheres são imperfeitos e há que se considerar peculiaridades, custos e questões logísticas de cada procedimento bem como suas conseqüências pós resultados acarretando novas investigações com maior risco de secundarismo.

Achados e conclusão

O principal achado deste TRIAL foi de que não houve benefício na estratégia diagnóstica em utilizar a cintilografia como método inicial na investigação; neste grupo de pacientes (mulheres de baixo risco que podem realizar exercício) a estratégia diagnóstica e o prognóstico em dois anos foi similar para os dois métodos utilizados sendo, entretanto, o TE bem mais econômico (TE: US 337, 80; Cintilo: US 643,24).

Concluem, de forma enfática, que, como teste não invasivo, com propósitos diagnósticos e prognósticos, para mulheres com dor torácica típica ou atípica, de baixo risco, o TE deve ser o exame de avaliação inicial. A utilização da cintilografia deve ser reservada para os casos com resultados anormais ou duvidosos.

Artigo Comentado

Implicações Clínicas-Comentários

Este TRIAL representa um importante passo no desenvolvimento de evidências científicas prospectivas para tomada de decisão no uso de procedimentos diagnósticos, com implicações significativas, neste caso desmistificando a não valorização do TE na avaliação inicial neste grupo de pacientes, provando sua eficácia clínica e importante superioridade econômica (no Brasil valor do TE dez vezes menor: TE: \$150; cintilo: \$1450).

A intenção inicial dos autores era incluir mulheres de risco moderado a alto, porém, as exigências (ECG e capacidade física prevista) de inclusão, provavelmente excluíram estas pacientes.

Esperamos que estudos futuros possam avaliar e trazer resultados em pacientes de maior risco.

Por último gostaria ainda de comentar que por vezes a desvalorização do TE nas mulheres pode decorrer de uma

análise “pobre” interferindo na acurácia (neste contexto é interessante frisar que Ellestad nos anos 70 já utilizava dados clínico-hemodinâmicos em associação ao ECG de esforço) sem considerar todos os parâmetros que podem ser analisados no TE como sintoma limitante, tolerância ao esforço (talvez o maior determinante de prognóstico), duplo produto alcançado, FC de esforço e recuperação, o que pode ainda ter subestimado o TE neste estudo, que só considerou a resposta eletrocardiográfica.

Considerando nosso país de desigualdades, inclusive tecnológicas, o custo e a dificuldade de acesso a cintilografia, não devemos considerar como atrasado, incompleto ou inadequado iniciarmos a investigação com o Teste Ergométrico Padrão em mulheres com sintoma suspeito ou típico, de baixo risco (incluir até moderado?) para cardiopatia isquêmica.