



DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA CRÔNICA : QUANDO INDICAR TRATAMENTO CLÍNICO ?

Dr Pedro Pimentel Filho

Endereço para Correspondência:
Cel Bordini 1180 ap 11 , Porto Alegre , 90440-003
e-mail : pimentelfilho@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Quando tratamos doença coronária estabelecida e com sintomas , os pacientes nos colocam logo 3 perguntas com relação ao tratamento :

- Posso viver com menos sintomas e melhor ?
- Posso tomar menos medicamentos ?
- Posso viver mais (maior sobrevida) com o tratamento ?

Cabe então interpretarmos todas as questões com o que podemos oferecer hoje , baseados nas melhores evidências e nos recursos disponíveis.

Tratamento da Aterosclerose Coronária

O tratamento da aterosclerose coronária se tornou fundamentado no nosso conhecimento de fisiopatologia da doença coronária. A angina é causada por estenoses que limitam o fluxo , enquanto que o infarto é geralmente causado por oclusão arterial de placas vulneráveis , frequentemente separadas das estenoses fixas. O tratamento médico sistêmico diminui o risco tanto de infarto como de morte. A angioplastia (ICP- intervenção coronária percutânea) trata segmentos vasculares e é eficaz na redução de mortalidade em pacientes com síndromes coronárias agudas e na angina causada por estenoses fixas. Na angina crônica , mesmo com “Stents” eluídos em drogas , não há demonstração de benefício em mortalidade ou infarto , já que obstruções futuras ocorrem em outros locais , outras placas instáveis na rede coronariana , e não na re-estenose ou nos segmentos tratados.

A cirurgia de revascularização (CRM) realiza uma derivação (“bypass”) de fluxo , passando sobre os 2/3 proximais dos vasos epicárdicos , portanto promovendo a circulação além das estenoses fixas e das placas instáveis sem significado hemodinâmico , mas que levam ao infarto.

A Dra Virmani , analisando a patologia das placas vulneráveis , descreve o ateroma de capa fibrosa fina (“Thin cap fibro-atheroma”) como a lesão precursora da ruptura de placa . Mostra que essa lesão ocorre em placas com obstruções menores que 50% da luz do vaso e preferencialmente no 1/3 proximal das coronárias descendente anterior , circunflexa e direita.(1) . A adição de revascularização cirúrgica ao tratamento médico melhora a sobrevida e os sintomas de pacientes com doença avançada , multiarterial – lesão de tronco de coronária esquerda , doença de 3 vasos ou duas artérias com comprometimento da coronária descendente anterior , além de pacientes com disfunção ventricular isquêmica significativa. (2) . Estudos randomizados em pacientes com doença coronária mais precoce ou menos avançada não mostram diferença de sobrevida na revascularização cirúrgica ou ICP , nos casos considerados como “revascularização equivalente” nos estudos ARTS e SOS (3) . No Registro do Estado de Nova

lorque , há vantagem na sobrevida, em pacientes multiarteriais , com a CRM em relação a ICP (4) .

Causas de Redução de Mortalidade Cardiovascular

Ford et al (5) analisou o impressionante declínio da mortalidade por doença coronária (54%) nos Estados Unidos , em duas décadas – de 1980 a 2000. Aproximadamente 47 % desse declínio foi devido a tratamentos – prevenção secundária pós-infarto ou revascularização (11%) , Síndromes Coronárias Agudas (10%), insuficiência cardíaca (9%) , **revascularização para angina crônica (5%)** , e outras terapias (12%). Aproximadamente metade foi atribuído a **modificações de fatores de risco- (44%)** , incluindo redução no colesterol total (24%) , hipertensão arterial (20%) , tabagismo (12%) e inatividade física (5%). Esses dados falam por si – metade do grande declínio de mortalidade é devido ao tratamento da doença , a aterosclerose e, a outra metade, por tratamentos médico baseado em evidências. Isso coloca o tratamento clínico como a principal ferramenta .

Estudo COURAGE - **Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Guideline Driven Drug Evaluation** (6) .

Esse estudo testou a idéia convencional de que pacientes com DAC sintomática e angina crônica que tinham estenoses coronárias significativas necessitavam revascularização para melhorar o prognóstico. E como a ICP é menos invasiva que a CRM , devia ser o tratamento de escolha. Os critérios de inclusão foram

- Homens e Mulheres
- Doença de 1, 2, ou 3 vasos (> 70% estenose de segmento de coronária proximal)
- Anatomia adequada para ICP
- Angina Classe I-III (CCS)
- Evidência objetiva de isquemia no estado basal
- Indicação Classe I ou II do ACC/AHA para ICP

Esse estudo trabalhou e aplicou o conceito de **terapia médica ótima** , que consistia em tratamento médico intensivo , redução nos fatores de risco e intervenção no estilo de vida – dieta , exercício , suspensão do tabagismo.

Os medicamentos utilizados foram β - bloqueador , antagonista de cálcio , nitrato , AAS ou AAS + Clopidogrel , Inibidor de ECA ou Bloqueador do receptor de angiotensina, Estatina ou Estatina + Ezetimiba para manter LDL entre 60 - 85 mg.

O trabalho mostrou que não houve diferença no desfecho primário de sobrevida livre de óbito ou infarto , nem na sobrevida geral.

Meta-análise publicada por Kastridis (7) , atualizada com 2 estudos – o COURAGE e o INSPIRE , reforçou a ausência de

diferença entre ICP e tratamento médico na DAC estável em relação ao risco de morte ou infarto (Tabela 1).

Quando Indicar o Tratamento Clínico ?

A distinção entre DAC aguda ou crônica é didática para priorizar o tratamento , mas , na verdade , trata-se da mesma doença – aterosclerose / aterotrombose – que passa por fases de agudização e estabilização. Estudos de patologia mostram placas com diversas “camadas” de fibrose , rupturas prévias e trombos reabsorvidos , mostrando que a doença tem períodos inflamatórios com propensão a trombos e períodos de fibrose regenerativa- (Figura 1). Já foi plenamente demonstrado em humanos que zonas inflamadas com trombos coexistem com com lesões estáveis.(8)

O Paciente Vulnerável

Isso significa que o tratamento médico é sempre indicado com terapias para controlar os fatores de risco, estabilizar a placa , evitar a progressão da aterosclerose e aliviar os sintomas. Quando há sintomas de doença na fase estável, além do tratamento clínico temos que avaliar a necessidade de revascularização . Essa será baseada nos achados de avaliação por métodos não invasivos. O alto risco e, muitas vezes , o intermediário , devem ser avaliados por angiografia coronária . A definição anatômica indica , então , a revascularização cirúrgica ou por catéter. A intervenção percutânea melhora os sintomas , assim como a cirurgia , que melhora a sobrevida em situações de doença arterial avançada com disfunção de VE , conforme citado (2).

Critérios de risco por métodos não invasivos na angina estável

:

■ Alto Risco (> 3% mortalidade anual)

- Disfunção de VE (FE < 35 %)
- Escore elevado no TE (< -11)
- Defeito de perfusão grande , múltiplos , parede anterior ,
- Perfusão alterada com dilatação VE ou captação pulmonar
- Eco com > 2 segmentos alterados , ou com baixa dose de dobuta ou com FC baixa (>120)

■ Risco Intermediário (1 a 3 %)

- Disfunção de VE leve – moderada (35- 49 %)
- Escore intermediário no Te (entre -11 a < 5)
- Defeitos de perfusão moderados sem disfunção de VE
- ECO com pequena alteração em dose alta de dobuta

■ Baixo Risco (< 1 %)

- Baixo escore no TE (> 5)
- Perfusão normal ou pequeno defeito
- ECO normal ou alteração de repouso pequena e que não aumenta.

Considerações Finais

O estudo COURAGE mostrou vários aspectos que influenciam a prática clínica :

- O tratamento médico otimizado e manejo agressivo de múltiplos alvos terapêuticos sem intervenção por angioplastia pode ser implementado com segurança na maior parte de pacientes com DAC estável .
- Como esperado , a ICP resultou em melhor controle da angina durante a maior parte do seguimento do estudo , mas o tratamento médico foi muito efetivo também , sem haver diferença entre os dois grupos em 5 anos quanto ao estado “livre de angina”.
- Os achados reforçam a orientação dos “guidelines” do ACC/AHA , que consideram que a ICP pode ser seguramente protelada em pacientes com DAC estável , multiarterial , desde que mantenham o tratamento clínico chamado de “otimizado”.

Há que considerar que nesse estudo a maioria dos pacientes tinha boa função ventricular e que foram indicados para a randomização com a concordância do médico assistente. Foram naturalmente excluídos pacientes mais graves , com outras comorbidades significativas . Mesmo assim , as lições ficam bem claras: o prognóstico começa pela função ventricular , gravidade das lesões e da angina. Mas , em pacientes com características semelhantes às do estudo e com as condições de tratamento mantidas , podemos ter segurança em conduzir nossos pacientes clinicamente , deixando a intervenção como uma possibilidade e não obrigatória.

Conclusão

Uma definição de “Paciente Vulnerável” foi proposta por especialistas (9) para caracterizar indivíduos que estão em risco de evento cardiovascular. Além da placa aterosclerótica , é importante o “sangue vulnerável” ou trombogênico – onde marcadores metabólicos e inflamatórios tem papel determinante na trombose coronária – e o miocárdio vulnerável , isquêmico ou com dano prévio .

Podemos ter ruptura de placa sem trombose , se o sistema fibrinolítico endógeno e o endotélio estiverem atuantes. Podemos ter trombose com oclusão coronária , sem ruptura de placa ,

Table 1. Update of Meta-Analysis of PCI, as Compared with Medical Treatment, for Stable Coronary Artery Disease.*

Outcome	PCI	Medical Treatment	Summary Risk Ratio (95% CI)	P Value	Q Statistic
	<i>no.</i>				
Death from any cause	195	219	0.90 (0.75–1.08)	0.25	5.93
Myocardial infarction or death from cardiac causes	321	313	1.01 (0.88–1.17)	0.87	10.35
Nonfatal myocardial infarction	242	221	1.07 (0.90–1.28)	0.43	8.75

Healed Rupture



em casos de hipercoagulabilidade (diabete, fumo, viscosidade aumentada, trombofilias, etc). Desse conceito emerge o entendimento da complexidade do tratamento da DAC, mesmo em estado estável, porque essa situação é muito dinâmica, modificando-se, por exemplo, com o descontrolo de fatores de risco. Tratamos, então, o paciente vulnerável e não a estenose coronária isolada.

Cabe dizer aos nossos pacientes que sim, eles podem viver melhor e com menos sintomas. Podem viver mais, com mais qualidade de vida – em muitos casos graças às técnicas de revascularização. Mas não podemos vender a ilusão de que o tratamento é simples. É necessário o entendimento da doença para um maior compromisso, já que, ao longo da vida será necessário o uso de polifarmácia, com seu custo, e a manutenção das mudanças de estilo de vida.

Nessas condições, o tratamento clínico é primordial, efetivo e indicado para todos os portadores de DAC crônica, independente das estenoses coronárias. A revascularização e outros procedimentos tem seu papel bem estabelecido, mas o curso da aterosclerose é determinado pelo tratamento médico.

Referências Bibliográficas

1. Virmani, R.; Burke, A.; Farb, A.; Kolodgie, F. Pathology of The Vulnerable Plaque. J Am Coll Cardiol 2006;47, C 13-8.
2. Guyton RA. Coronary artery bypass is superior to drug eluting stents in multivessel coronary artery disease. Ann Thorac Surg 2006; 81 : 1949-57)
3. Guyton, R A . Appropriate Medical Management and CABG. N Engl J Med. 2007, 357;17, pag 1765.
4. Hannan EL, Racz MJ, Walford G, et al . Long term outcomes of coronary artery bypass grafting versus stent implantation . N Engl J Med 2005; 352:2174-83.
5. Ford E S. Explaining the Decrease in US Deaths from Coronary Disease , 1980-2000 . N Engl J Med 2007; 356: 2388-98
6. Boden WE et al. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease..N Engl J Med , march 27 , 2007 , 356.
7. Kastritis DG , Ioannidis JP. Percutaneous coronary interventions versus conservative therapy in non acute coronary artery disease : a meta-analysis. Circulation. 2005;111:2906-12.
8. Mauriello et al. - Inflammation in Plaques of the Coronary Tree JACC 2005; 45: 1585-930
9. From Vulnerable Plaque to Vulnerable Patient. Naghavi, M et al. Circulation 2003; 108: 1664-1672