

## COMENTÁRIO EDITORIAL



## Doença arterial coronária estável: de volta ao futuro

Prof. Dr. Antonio de Padua Mansur\*

A doença isquêmica do coração é a principal causa de morte na população brasileira (1). O principal mecanismo etiopatogênico é o processo da aterosclerose e está diretamente relacionado com o número e intensidade dos principais fatores de risco, a saber: idade, sexo masculino, antecedentes familiares para a doença aterosclerótica coronária (DAC), diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. Quanto maior o número e a intensidade desses fatores de risco maior a extensão da doença aterosclerótica e, conseqüentemente, a morbimortalidade por DAC. Essa doença é insidiosa, inicia-se na primeira década de vida e, comumente, os sintomas iniciam-se a partir da sexta década de vida. A angina de peito é o principal sintoma, porém a maioria dos indivíduos com DAC é assintomática e estudos observacionais mostraram que a ausência de angina pode ocorrer em até 80% dos pacientes. Quando sintomáticos, a maioria encontra-se na classe funcional I e II da Canadian Cardiovascular Society (CCS), isto é, os pacientes não têm significativo comprometimento funcional para as suas atividades físicas habituais. Portanto, uma fração muito pequena de pacientes encontra-se em CCS III e IV. Essa pequena parcela pode se beneficiar de um procedimento de revascularização do miocárdio, percutâneo ou cirúrgico, quando refratários ao tratamento medicamentoso otimizado (TMO). A prevenção primária e secundária, pelo controle dos principais fatores de risco, é o ponto alto e inquestionável do tratamento da DAC que tem como principais objetivos a redução dos sintomas, da progressão da lesão aterosclerótica e dos eventos cardiovasculares (2,3). Observamos, desde a década de 80, uma progressiva e significativa melhora no diagnóstico, no tratamento medicamentoso e nos procedimentos de revascularização do miocárdio. Da mesma forma, uma série de estudos randomizados foram realizados para se certificar dos benefícios dos medicamentos e dos pro-

cedimentos de revascularização e, esses estudos, foram as bases das várias diretrizes para orientar o adequado manuseio dos pacientes com DAC.

Esta edição do *Journal of American College of Cardiology* em português publicou um envolvente artigo de revisão por Ferraro e colaboradores sobre avaliação e manuseio dos pacientes com angina estável (4). Os autores, com base nos estudos randomizados mais recentes, destacaram alguns aspectos importantes. Primeiro, a eficácia cada vez maior do tratamento medicamentoso e da necessidade cada vez menor dos procedimentos de revascularização ficando esses últimos, em especial a revascularização cirúrgica do miocárdio (RCM), limitados a pacientes com angina CCS III e IV, lesão de tronco de coronária esquerda (TCE), disfunção sistólica do ventrículo esquerdo e DAC multiarterial em pacientes diabéticos. Mesmo assim, após os resultados do estudo ISCHEMIA (5), somente a lesão de TCE e os pacientes com angina III e IV apesar do TMO teriam a indicação inquestionável de revascularização do miocárdio. Segundo destaque é o mesmo risco de morte dos pacientes submetidos a procedimentos de revascularização (percutânea ou CRM) quando comparados ao TMO resultado esse observado nos estudos BARI-2D (6), COURAGE (7) e STICH (8), fortalecendo a estratégia inicial pelo TMO. Terceiro, é a importância de seguir as medicações e as metas preconizadas pelas diretrizes para o controle dos principais fatores de risco associadas à alimentação e atividade física adequadas na redução da morbimortalidade. Quarto, os autores sugerem um algoritmo simples e objetivo para o diagnóstico e manuseio da angina estável. Em resumo, os autores orientam inicialmente o TMO seguido da tomografia computadorizada das artérias coronárias (TCAC) e o posterior tratamento adicional, se necessário, dependerá dos resultados observados na TCAC, por exemplo, a indicação da revascularização do miocárdio nos pacientes com lesão de TCE $\geq$ 50%. Essa sugestão da escolha refe-

\* Professor Associado da FMUSP; Médico Assistente do InCor-HC.FMUSP.

rencial da TCAC sobre um teste funcional foi amparada principalmente pela capacidade da TCAC de ser o melhor exame complementar não invasivo para detectar a presença e a extensão da DAC. Estudo de metanálise que incluiu dois grandes estudos (PROMISE, SCOT-HEART) mostrou uma redução de 31% na chance de ter um infarto do miocárdio nos pacientes submetidos à TCAC comparada aos testes funcionais, mas não se observou redução da mortalidade por todas as causas e a TCAC associou-se a maior número de procedimentos de revascularização (9). Porém, a sugestão da aplicação desse algoritmo no manuseio da DAC é ainda controversa, em especial para os países em desenvolvimento que apesar da DAC ser a principal causa de morte na população os recursos são escassos como observado no Brasil. Do ponto de vista prático, a importância da TCAC é no diagnóstico de lesão de TCE e para excluir a presença de DAC nos indivíduos com sintomas e exames funcionais duvidosos. Contudo, a incidência da lesão de TCE $\geq$ 50% é baixa na população com DAC e esta incidência aumenta progressivamente nos pacientes com mais sintomas e isquemia miocárdica em testes funcionais. Porém, não existem estudos de análise de prevalência de lesão de TCE $\geq$ 50% para os diferentes graus de angina e de extensão de isquemia miocárdica. No estudo ISCHEMIA, 5% dos pacientes de alto risco com isquemia de moderada a importante extensão tinham lesão de TCE $\geq$ 50%. Da mesma forma,

muitos desses pacientes de alto risco, com teste funcionais mostrando extensa isquemia, são preferencialmente submetidos ao cateterismo cardíaco, sendo, portanto, na maioria das vezes desnecessário a realização da TCAC nesse grupo de pacientes. Portanto, é muito discutível do ponto de vista de custo e benefício o uso da TCAC para o diagnóstico rotineiro de lesão de TCE $\geq$ 50% ou mesmo o uso populacional da TCAC para o diagnóstico da DAC. Apesar das melhorias técnicas do procedimento, não sabemos também o impacto da radiação pelo uso generalizado da TCAC na incidência de câncer e do uso de contrastes, em especial na população mais idosa, onde é alta a prevalência de DAC.

Em conclusão, o diagnóstico de DAC é realizado por uma anamnese detalhada com o uso da TCAC ou de testes funcionais como possíveis exames complementares e o tratamento é eminentemente clínico com mudanças no estilo de vida e uso de medicações comprovadamente eficazes na redução da morbimortalidade por DAC e, segundo os estudos mais recentes, com resultados semelhantes aos procedimentos de revascularização, exceto, atualmente, nos indivíduos com lesão de TCE $\geq$ 50% e angina CCS III e IV refratária ao tratamento medicamentoso. No futuro, o desenvolvimento de novas medicações fortalecerá ainda mais o tratamento clínico com consequente redução dos procedimentos de intervenção cirúrgico e percutâneo.

## REFERÊNCIAS

1. Mansur AP, Favarato D. Trends in Mortality Rate from Cardiovascular Disease in Brazil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107:20-5.
2. Mansur AP. Prevenção primária das doenças cardiovasculares. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2019. 288p.
3. Dalen JE, Alpert JS, Goldberg RJ, Weinstein RS. The epidemic of the 20(th) century: coronary heart disease. *Am J Med.* 2014;127:807-12.
4. Ferraro R, Latina JM, Alfaddagh A, Michos ED, Blaha MJ, Jones SR, Sharma G, Trost JC, Boden WE, Weintraub WS, Lima JAC, Blumenthal RS, Fuster V, Arbab-Zadeh A. Evaluation and Management of Patients With Stable Angina: Beyond the Ischemia Paradigm: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76:2252-66.
5. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al.; ISCHEMIA Research Group. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med.* 2020;382:1395-1407.
6. BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2009;360:2503-15.
7. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al; COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007;356:1503-16.
8. Velazquez EJ, Lee KL, Deja MA, et al; STICH Investigators. Coronary-artery bypass surgery in patients with left ventricular dysfunction. *N Engl J Med.* 2011;364:1607-16.
9. Bittencourt MS, Hulten EA, Murthy VL, et al. Clinical Outcomes After Evaluation of Stable Chest Pain by Coronary Computed Tomographic Angiography Versus Usual Care: A Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2016;9:e004419.