

Angioplastia versus Tratamento Clínico em Oligossintomáticos: Tempo de Parar?

Angioplasty versus Medical Treatment in Oligosymptomatic Patients: Is It Time to Stop it?

Pedro José Negreiros de Andrade

Departamento de Medicina Clínica- Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE - Brasil

Acaba de ser publicado no *New England Journal of Medicine*, o tão esperado estudo BARI 2-D¹. Na parte que interessa a cardiologistas, 2.368 pacientes com diabetes tipo 2 e coronariopatia foram randomizados para dois braços: tratamento ótimo da diabetes ou terapêutica de revascularização, que poderia ser por cirurgia ou angioplastia. A randomização foi realizada independente da escolha da melhor terapêutica de revascularização para cada paciente, a qual ficava a critério dos médicos, não sendo o estudo uma comparação entre angioplastia e cirurgia.

Analisando os suplementos da publicação, vemos que os pacientes eram, em sua maioria, oligossintomáticos. Do total, 17% eram assintomáticos; 21,4% não tinham angina, mas sim o que os investigadores consideraram ser o “equivalente angioso”; dos pacientes com angina, a grande maioria estava em classe funcional I ou II; só 8,6% tinham angina classe III ou IV; e só 9,5% apresentavam angina instável. Demonstrando a condição predominantemente não cirúrgica dos pacientes, apenas 17% tinham fração de ejeção menor que 50%; só 30% eram triarteriais; e só 13% tinham lesão proximal da artéria descendente anterior. Era pois um grupo, regra geral, de pouca gravidade angiográfica, em muitos dos quais a revascularização miocárdica, por qualquer método, seria questionável. A revascularização cirúrgica, por não preencherem os critérios clássicos angiográficos de indicação (tronco, três vasos com má função ventricular ou três vasos com lesão proximal de descendente anterior), e a revascularização por angioplastia, pela condição de diabéticos e, principalmente, por serem oligossintomáticos. Os resultados foram os esperados por quem quer que acompanhe trabalhos desse tipo ao longo dos últimos 27 anos²⁻⁸. A mortalidade em 5 anos foi de 11,7% no grupo terapêutica de revascularização e de 12,2% no grupo terapêutica clínica (NS). Não houve diferença nos eventos maiores, morte, infarto ou acidente vascular cerebral: 22,8% no grupo revascularização e 24,1% no grupo terapêutica

clínica (NS). A angioplastia não reduziu a mortalidade (10,8% versus 10,2%), nem eventos (21,1% versus 23%). A cirurgia também não reduziu significativamente a mortalidade (13,4% versus 16,4%), embora tenha reduzido eventos (22,4% versus 30,4%), possivelmente por ser indicada para um subgrupo de doentes com lesões mais extensas.

Ao ter conhecimento dos resultados do estudo, a Sociedade Americana de Cardiologia Intervencionista divulgou nota em que lembra serem os *stents* eluídos em drogas a melhor opção para coronariopatas diabéticos e que eles teriam sido utilizados em uma minoria (30%) de pacientes. Realmente o pouco emprego de *stents* farmacológicos pode ter contribuído para o resultado pobre da angioplastia em termos de redução de eventos, mas não em termos de redução da mortalidade. Além disso, há indícios da existência de subgrupos de pacientes estáveis nos quais os benefícios da intervenção percutânea seriam maiores que os encontrados nos pacientes do estudo BARI-2D⁹. Mas o que vale a pena questionar é algo bem mais simples: esse estudo acrescenta alguma coisa ao que já sabíamos? Após os resultados de seis estudos randomizados (sete, com o COURAGE, totalizando mais de 5.000 pacientes) que uniformemente não mostravam benefícios da angioplastia em pacientes oligossintomáticos, porque testá-la mais uma vez em pacientes tão pouco sintomáticos, quase sempre não cirúrgicos, e com a agravante de serem diabéticos? Diante de tudo que já se sabe, não será hora de parar com estudos randomizados como esse, principalmente em face à certeza de que o julgamento clínico tende a separar melhor as opções de tratamento, conforme é consenso universal e já foi comprovado pelo estudo MASS II¹⁰?

Antes que venha a ocorrer um novo, grande e caro estudo, comparando *stents* revestidos com tratamento clínico em pacientes similares, essas perguntas precisam ser respondidas.

Palavras-chave

Angioplastia, terapêutica, *stents* farmacológicos, pacientes oligossintomáticos.

Correspondência: Pedro José Negreiros de Andrade •

Francisco Holanda, 992/1101 - Dionísio Torres - 60130-040 - Fortaleza, CE - Brasil
E-mail: pedroneg@cardiol.br, pedroneg@gmail.com

Artigo recebido em 30/06/09; revisado recebido em 30/10/09; aceito em 15/12/09.

Referências

1. The BARI 2D Study Group. Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, et al. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Eng J Med.* 2009; 360 (24): 2503-15.
2. Hueb WA, Bellotti C, Oliveira SA, Ariè S, de Albuquerque CP, Pileggi F. The Medicine angioplasty or surgery study (MASS): a prospective, randomized study for single proximal left anterior stenosis descending artery stenosis *J Am Coll Cardiol.* 1995; 26 (7): 1600-5.
3. Parisi AF, Folland ED, Hartigan P. A comparison of angioplasty with medical therapy in the treatment of single-vessel disease. *N Eng J Med.* 1992; 326 (1): 10-6.
4. Folland ED, Hartigan PM, Parisi AF. Percutaneous transluminal coronary angioplasty versus medical therapy for stable angina pectoris. *J Am Coll Cardiol.* 1997; 29 (7): 1505-11.
5. Coronary angioplasty versus medical therapy for angina: the second randomized intervention treatment of angina (RITA-2) trial participants. *Lancet.* 1997; 350 (9076): 461-8.
6. Pitt B, Waters D, Brown WV, van Boven AJ, Schwartz L, Title LM, et al. Aggressive lipid-lowering therapy compared with angioplasty in stable coronary artery disease. *N Eng J Med.* 1999; 341 (2): 70-6.
7. Hueb W, Soares PR, Gersh BJ, Cesar LAM, Luz PL, Puig LB, et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: one-year results. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 43 (10): 1743-51.
8. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal therapy for stable coronary disease. *N Eng J Med.* 2007; 356 (15): 1503-16.
9. Schomig A, Mehilli J, Waha A, Waha A, Seyfarth M, Pache J, et al. A meta-analysis of 17 randomized trials of a percutaneous coronary intervention-based strategy in patients with stable coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 2008; 52 (11): 894-904.
10. Pereira AC, Lopes NH, Krieger JE, Oliveira SA, Cesar LA, Ramires JA, et al. Clinical judgment and treatment options in stable multivessel coronary artery disease: results from the one year follow up of the MASS II. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 48 (5): 948-53.