

Cintilografia Miocárdica de Repouso em Dor Torácica

Myocardial Scintigraphy at Rest in Chest Pain

Eduardo Maffini da Rosa, Guilherme Baldissera Damiani, Cíntia Paola Scopel

Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS - Brasil

A contribuição diagnóstica da cintilografia miocárdica perfusional de repouso, em nosso entendimento, é a de trazer a informação de que o paciente ao apresentar, sob nossos cuidados, quadro de dor precordial sem diagnóstico ou tem as coronárias ocluídas ou o território miocárdico necrótico¹.

Isso não significa que a necrose ou a oclusão sejam atriais. Em especial, se formos utilizar tal método em pacientes que tenham histórico de infarto, acreditamos não haver influência alguma na decisão terapêutica. Do mesmo modo, para pacientes que são diabéticos ou portadores de DAC (como aproximadamente 80% da população estudada nesta

pesquisa), a cintilografia miocárdica perfusional de repouso sequer reclassifica a situação do paciente como de maior ou menor risco. Pessoalmente, reservamos a indicação para pacientes sem história prévia de DAC ou DM que tenham dor torácica e ECG não diagnósticos, apesar de esbarrarmos em limitadores da aplicabilidade desta estratégia, tais como o alto custo e o difícil acesso ao equipamento na maior parte das emergências. Temos, assim, alternativas diagnósticas, como a dosagem de CK: além do custo ser menor, possui facilidade na sua aprovação e na instalação das estruturas necessárias^{2,3}.

Portanto, o uso da cintilografia perfusional de repouso para avaliação de pacientes com suspeita de parede isquêmica ajuda no ambiente de emergência, como uma estratégia limitada para pacientes sem histórico prévio de IAM. Acreditamos, no entanto, que a relação de número de exames cintilográficos para um diagnóstico nesta população não seja favorável²⁻⁴.

Palavras-chave

Cintilografia, miocárdio, dor no peito.

Correspondência: Guilherme Baldissera Damiani •

Rua Jacob Luchesi - Santa Lúcia - 95032-000

E-mail: guilherme.damiani@hotmail.com

Artigo recebido em 18/05/09; revisado recebido em 18/05/09; aceito em 18/06/09.

Referências

1. Barbirato GB, Azevedo JC, Felix RCM, Correa PL, Volschan A, Viegas M, et al. Uso da cintilografia miocárdica em repouso durante dor torácica para descartar infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2009;92(4):269-74.
2. Adams JE, Abendsstein DR, Jaffe AS. Biochemical markers of myocardial injury. Is MB creatine kinase the choice for the 1990s? *Circulation.* 1993;88(2):750-63.
3. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, et al. Management of acute coronary syndromes inpatients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2002;23:1809-40.
4. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RW, Cheitlin D, Hochman JS, et al. ACC/AHA 2002 Guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction - summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol.* 2002;40(7):1366-74.

Resposta

Gostaria de responder esta carta me desculpendo. Acredito que talvez o artigo acima escrito após uma experiência de 7 anos na emergência de um hospital de referência como o Pró-Cardíaco não foi claro para o entendimento de alguns colegas. A cintilografia de perfusão miocárdica é um método amplamente usado em pacientes com suspeita de isquemia miocárdica em serviços de emergência com inúmeros trabalhos publicados e milhares de pacientes estudados

durante anos de acompanhamento. O objetivo desse estudo realizado por uma instituição particular a qual possui como referência a pesquisa, além da assistência, é criar a própria experiência com um método novo para a nossa realidade de unidades de dor torácica e adequar esse método as condições do nosso meio. Como demonstrado no estudo, uma parcela de pacientes com dor torácica, ECG não diagnóstico e MNM sem resultado podem realizar uma aquisição de imagem cintilográfica com até 30 minutos após sua chegada

Carta ao Editor

ao serviço de emergência, com informações diagnósticas e prognósticas quanto ao defeito perfusional, extensão e artéria comprometida, função global e segmentar do ventrículo esquerdo e espessamento miocárdico¹.

No estudo realizado conseguimos adequar o método à nossa realidade e sem dúvida, como citado no artigo, estratificamos o paciente de risco em tempo hábil para a nossa realidade, tendo como referência o nosso serviço em pacientes de alto risco.

No mundo atual muitos são os exames e métodos de avaliação do paciente com dor torácica na sala de emergência. Ressalto que o melhor método é aquele que o serviço possui maior experiência.

Ao nosso entender, a contribuição diagnóstica da cintilografia miocárdica perfusional de repouso é trazer a informação de que o paciente que está na nossa frente com quadro de dor precordial sem diagnóstico ou tem coronárias ocluídas ou tem território miocárdico necrótico.

Isso não significa que esta necrose ou aquela oclusão sejam atriais. Em especial, se formos utilizar esse método para pacientes que tenham histórico de infarto, acreditamos que não acrescentamos nenhuma informação nova que auxiliasse na decisão terapêutica. Do mesmo modo, para

pacientes que são diabéticos ou portadores de DAC (como é aproximadamente 80% da população estudada nessa pesquisa) a cintilografia miocárdica perfusional de repouso sequer reclassifica o paciente em maior ou menor risco. Pessoalmente, reservaríamos a indicação para pacientes sem história prévia de DAC ou DM que tenham dor torácica e ECG não diagnósticos, apesar de esbarrarmos em limitadores da aplicabilidade dessa estratégia que são o alto custo e o difícil acesso ao equipamento para a grande maioria das emergências. Temos assim alternativas diagnósticas como a dosagem de CK, que além de ter um custo menor, possui facilidade na sua aprovação e instalação das estruturas necessárias^{2,3}.

Portanto, o uso da cintilografia perfusional de repouso para avaliação de pacientes com suspeita de parede isquêmica ajuda no ambiente de emergência como uma estratégia limitada para pacientes sem histórico prévio de IAM; mas acreditamos que a relação de número de exames cintilográficos para um diagnóstico nessa população não seja favorável^{2,4}.

Atenciosamente,

Gustavo B.Barbirato

Referências

5. Barbirato GB, Azevedo JC, Felix RCM, Correa PL, Volschan A, Viegas M, et al. Uso da cintilografia miocárdica em repouso durante dor torácica para descartar infarto Agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2009;92(4):269-74.
6. Adams JE III, Abendschein DR, Jaffe AS. Biochemical markers of myocardial injury. Is MB creatine kinase the choice for the 1990s? *Circulation.* 1993 ; 88(2):750-63.
7. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, et al. Management of acute coronary syndromes inpatients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2002 ; 23(23):1809-40.
8. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheiklin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction - summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *J Am Coll Cardiol.* 2002 ; 40(7):1366-74.