

### Diferentes procedimentos, diferentes indicações terapêuticas

Walter J. Gomes\*

Os últimos meses foram extremamente profícuos na geração de novos conhecimentos que ajudaram a esclarecer importantes aspectos da doença arterial coronária (DAC). Ensaio randomizados controlados de grande impacto clínico, como o COURAGE, OAT e MASS-II, além de registros institucionais e multi-institucionais com grande número de casos, reafirmaram alguns aspectos e surpreenderam em outros.

Sedimenta-se o conceito de que os diferentes métodos de tratamento não apresentam eficiência semelhante em todas as formas de apresentações da DAC. Nos pacientes com DAC crônica e angina estável de baixo risco, os estudos sugerem que os tratamentos clínico-medicamentoso e de angioplastia percutânea oferecem prognóstico semelhante. Por outro lado, nos pacientes de mais alto risco, principalmente naqueles com disfunção ventricular esquerda e os com diabetes mellitus, indubitavelmente reforçam-se

as evidências de que o tratamento cirúrgico oferece o melhor prognóstico ao paciente, traduzido por melhor e maior sobrevida em longo prazo.

Neste particular, o Editorial do Dr José Glauco Lobo Filho é extremamente lúcido, pertinente e esclarecedor na análise desse e de outros aspectos. Embasadas nos emergentes dados de evidências e sua experiência clínica no manejo diário de pacientes, as proposições são lógicas e mais ainda, que o envolvimento multidisciplinar é fundamental para a obtenção do objetivo primeiro, que é o benefício do paciente. Logicamente, os pacientes tendem a preferir procedimentos menos invasivos. Mas devem também ser adequadamente informados de que os resultados e prognósticos podem ser diferentes. Além disso, o correto direcionamento do tratamento pode evitar procedimentos desnecessários e às vezes prejudiciais, impedindo o desperdício de recursos de saúde do país, já exíguos em nossa realidade.

É uma leitura recomendada e que deve servir para direcionar nossos esforços doravante.

\***Editor Associado RBCCV/BJCVS;**  
**Editor do site da SBCCV**

## Diferentes procedimentos, diferentes indicações terapêuticas

José Glauco Lobo Filho\*\*

Recentemente, participei do 7º Congresso Internacional de Doenças Coronarianas realizado em Veneza, Itália. Na sessão sobre novas técnicas de diagnósticos por imagem, representantes de renomados serviços dos Estados Unidos da América, da Inglaterra e de Israel versaram principalmente sobre imagens tomográficas e ecocardiográficas, tanto do sistema coronariano como das câmaras cardíacas. Como era de se esperar, nenhuma apresentação comparou essas novas técnicas de imagem com o cateterismo cardíaco. Primeiro, porque o cateterismo cardíaco é um método bem estabelecido nesse segmento médico. Segundo,

porque são exames diferentes. **Diferentes procedimentos se complementam.** Sempre foi assim na história da medicina. A suplantação de um método por outro acontece de acordo com o processo evolutivo de cada um separadamente, a partir do momento em que se assemelham e apresentam resultados de forma o mais abrangente possível.

Do ponto de vista científico, excluindo outros aspectos, penso que **todos** os estudos comparativos entre intervenção coronariana percutânea (ICP) e cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) elaborados até o momento foram inadequados do ponto de vista metodológico e, como não poderia deixar de

ser, foram inconclusivos ou apresentaram resultados não compatíveis com a realidade. Para melhor explicar essas afirmações, desenvolvemos alguns comentários.

Recentemente, foi publicado um ensaio clínico randomizado [1], o qual motivou a elaboração de editorial no "Circulation"[2], comparando ICP, CRM, e tratamento clínico (TC) em uma série de pacientes portadores de insuficiência coronariana estável, multiarteriais e com boa função ventricular. A adoção de vários critérios de exclusão, ao mesmo tempo em que tenta uniformizar a amostra em estudo, pode favorecer determinados procedimentos, podendo criar um viés de seleção. Portanto, do ponto de vista científico, pensamos que a aplicação de metodologias que tentam comparar três procedimentos diferentes para várias apresentações de uma mesma doença é falha. Além disso, os resultados podem variar, dependendo da experiência e da habilidade clínica dos profissionais envolvidos na pesquisa. **Diferentes procedimentos, diferentes indicações terapêuticas.** O fato de a CRM ter apresentado um melhor resultado em relação aos outros procedimentos, certamente deve-se à condição mais abrangente para tratar formas mais complexa e diversificadas da doença, e por estar sempre associada ao TC já, há muito, bem estabelecido. Com certeza, em casos menos complexos e pontuais da doença, o TC isolado seria o mais apropriado.

O tratamento cirúrgico da insuficiência coronariana, ao longo dos últimos 40 anos, tem evoluído de uma maneira progressiva, beneficiando cada vez mais pacientes com todas as formas de apresentação dessas tão multifatorial doença [3-9]. Como era de se esperar, trabalhos comparativos envolvendo dois tipos de procedimentos tão diferentes, como a ICP e a CRM, para o tratamento de uma mesma doença, no caso a insuficiência coronariana, não irão apresentar resultados cientificamente corretos, já que cada paciente apresenta características anatômicas e fisiopatológicas próprias.

Evidentemente, somos da opinião que os procedimentos de ICP apresentaram grandes progressos do ponto de vista técnico nos últimos anos, progresso esse com o apoio marcante e indispensável da cirurgia cardíaca. Porém, tenho muitas dúvidas se esse progresso técnico foi acompanhado de benefícios clínicos para os pacientes de uma maneira geral [10,11], excluindo o tratamento na fase aguda do infarto do miocárdio [12,13]. Embora a ICP diminua a mortalidade quando realizada para restaurar o fluxo coronariano durante a fase aguda do miocárdio, nenhum estudo mostrou a eficácia desse procedimento sobre o tratamento clínico otimizado no tocante aos desfechos clínicos dos pacientes coronarianos com ou sem

sintomas anginosos [14,15]. O Dr. James Stein, diretor do programa de prevenção cardiológica do Hospital das Clínicas da Universidade de Wisconsin, comentou que o estudo COURAGE mostra claramente algo que já sabíamos: **"a angioplastia não salva vidas, exceto em pacientes agudamente doentes, como também não previne ataques cardíacos"** [15]. Pelo fato de envolver uma mudança de paradigma no tratamento de uma doença tão complexa e multifatorial como é a aterosclerose, o procedimento de ICP deveria ser estudado clinicamente envolvendo outras metodologias com grandes grupos de pacientes, para que se possa avaliar os seus verdadeiros benefícios. Antes, evidentemente, seus estudos experimentais com os vários tipos de dispositivos utilizados deveriam ser largamente apresentados à comunidade científica.

Provavelmente, houve precipitação em querer se comparar a ICP com a CRM, uma vez que são duas terapêuticas inteiramente diferentes, principalmente no tocante as suas abrangências clínicas e anatômicas. **Como já citamos, procedimentos diferentes se complementam e semelhantes se suplantam ou se unificam.**

Penso que, no atual momento, levando-se em consideração tudo que sabemos, e visando exclusivamente oferecer o melhor tratamento possível aos pacientes portadores de insuficiência coronariana, tanto do ponto de vista científico como econômico, seria importante que a Sociedade Brasileira de Cardiologia reunisse um grupo de especialistas (cirurgiões, clínicos e hemodinamicistas) **sem conflitos de interesses**, para determinar quais programas deveríamos desenvolver em relação à tão importante e complexa doença.

Em relação especificamente aos cirurgiões cardíacos, sugiro que a SBCCV crie uma comissão no sentido de adotar condutas éticas e profissionais que seriam sugeridas a todos os seus membros e centros formadores de especialistas. Entre muitas, poderíamos começar a desenvolver uma linha de raciocínio na seguinte direção:

- Evitar participar de enlances envolvendo a comparação entre ICP e CRM; se a angioplastia quer ser comparada à cirurgia é porque a cirurgia é eficiente. Ninguém quer se comparar com o feio ou com o mal. Somos da opinião de que os procedimentos de ICP, como todos os procedimentos médicos, devem continuar a desenvolver-se. Nesse sentido, estaremos sempre prontos a colaborar, como sempre o fizemos. Participar dessa discussão, no estágio em que se encontra, é aceitar de forma subserviente e não-científica o desvirtuamento dos verdadeiros e reais benefícios que a CRM ofereceu, e vem oferecendo, à

população de todo o mundo ao longo de quase meio século. Além do mais, como dois métodos de tratamento inteiramente diferentes podem ser comparados como um todo? O aceitável é que possam ser no máximo complementares, como já enfatizei;

- Para se apoiar ou dar cobertura médica a algum procedimento, está subtendido que estamos de acordo com a sua realização. Aceitar sem concordar, além de filosoficamente do ponto de vista ético poder receber críticas, é, acima de tudo, na maioria dos casos, ser omissivo, o que penso ser holisticamente uma atitude antiprofissional.

- Desenvolver, se possível com o apoio do Ministério Saúde, um **banco de dados**, de forma a se poder mostrar à sociedade os reais benefícios que a cirurgia cardíaca oferece a nossa população. Assim, não ficaríamos reféns nem vulneráveis, haja vista os fatos que presenciamos nos últimos meses, com publicações distorcidas, não por falha das editoras, mas das suas fontes de informações [16].

- Desenvolver programas de treinamento técnico e científico, dentro da nossa realidade, principalmente com cirurgias mais novas, no sentido de aprimorar o que já fazemos no nosso cotidiano, programas esses que deverão ser acompanhados minuciosamente pela SBCCV. Será indispensável incluímos, nessa programação, treinamento em endopróteses, reparação de defeitos cardíacos por via endovascular, incluindo-se as lesões das valvas aórtica e mitral, além do resgate dos implantes de marcapassos cardíacos, resincronizadores e desfibriladores. Não podemos esquecer o treinamento em robótica, realidade em alguns centros mais desenvolvidos [17,18].

- Desenvolver políticas junto ao Ministério da Saúde no sentido de mostrar nossa verdadeira importância dentro do contexto da saúde pública brasileira, principalmente em relação ao Sistema Único de Saúde, procurando colaborar ao máximo para o seu fortalecimento e melhor desempenho, na assistência ao cardiopata.

Por fim, acredito ser possível, dependendo principalmente do desenvolvimento dos suportes técnicos, instrumentais e farmacológicos, que tanto a CRM como IPC possam em um futuro fundir-se em muitos pontos que venham a assemelhar-se, podendo aparecer, quem sabe, uma nova subespecialidade. Prepondera a que melhor preparar seus membros, na direção da fisiopatologia e da epidemiologia com que as doenças cardiovasculares venham a se definir, resguardando sempre o melhor resultado clínico em benefício a curto, médio e longo prazo para os pacientes.

**\*\* Membro Titular da SBCCV**

## REFERÊNCIAS

1. Hueb W, Lopes NH, Gersh BJ, Soares PR, Machado LAC, Jatene FB, Oliveira AS, Ramires JAF. Five –Year Follow-Up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II). A Randomized Controlled Clinical Trial of 3 Therapeutic Strategies for Multivessel Coronary Artery Disease. *Circulation*. 2007;115:1082-1089.
2. King SB. Five-Year Follow-Up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS-II). Prologue to COURAGE. *Circulation*. 2007;115:1064-1066.
3. Puig LB, França NL, Fontes RD, Fiorelli AI, Lourenção JA, Ramirez JA, Rati M, Silva EE, Silva LA, Hueb W. Right internal mammary artery in retroaortic position for direct myocardial revascularization. *Arq Bras Cardiol*. 1984;42(5):319-23.
4. Favaloro RG. Critical analysis of coronary artery bypass graft surgery: a 30-year journey. *J Am Coll Cardiol*. 1998. 31(4 Suppl B):1B-63B.
5. Lima RC, Escobar MAS, Santa RFD, Diniz R, D'acosta G, Bergsland J, Salerno T. Avaliação Hemodinâmica Intra-operatória na Cirurgia de Revascularização Miocárdica sem Auxílio da Circulação Extracorpórea. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc*. 2000;15(3):201-211.
6. Lobo Filho JG, Leitão MCA, Forte AJV, Lobo Filho HG, Silva AA, Bastos ES, Murad H. Flow Analysis of Left Internal Thoracic Artery in Myocardial Revacularization Surgery Using Y Graft. *Tex Heart Inst J*. 2006;33:430-6.
7. Oliveira SA, Lisboa LAF, Dallan LAO, Rojas SO, Poli LFF. Minimally invasive single-vessel coronary artery bypass with the internal thoracic artery and early postoperative angiography: midterm results of a prospective study in 120 consecutive patients. *Ann. Thorac. Surg*. 2002; 73:505-10.
8. Brofman PRS, Milani R, Varela A, Moutinho JA, Guimaraes M, Pantarolli R, Barbosa L, Pina G, Maia F. Revascularização total do miocárdio sem circulação extracorpórea: cinco anos de experiência. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc*. 2005;20:52-57.
9. Buffolo E, Branco JNR, Gerola LR, Aguiar LF, Teles CA, Palma JH, Catani R. Off- pump Myocardial Revacularization: Critical Analysis of 23 years'. Experience in 3866 patients. *Ann. Thorac. Surg*. 2006;81:85-89.
10. Taggart, DP. Coronary artery bypass graft vs. percutaneous coronary angioplasty: CABG on the rebound? *Curr Opin Cardiol*. 2007 Nov;22(6):517-23.
11. Tu JV, Bowen J, Chiu M, Ko DT, Austin PC, He Y, Hopkins R, Tarride JE, Blackhouse G, Lazzam C, Cohen

- EA, Goeree R. Effectiveness and safety of drug-eluting stents in Ontario. *N Engl J Med.* 2007 Oct 4;357(14):1393-402.
12. Grines CL, Browne KF, Marco J, et al. A comparison of immediate angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. The Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. *N Engl J Med.* 1993;323:673-679.
13. Mehta SR, Cannon CP, Fox KA, et al. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndromes: a collaborative meta-analysis of randomized trials. *JAMA.* 2005;293:2908-2917.
14. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007;356:1503-1516.
15. Franklin, BA. Lessons learned from the COURAGE trial: generalizability, limitations, and implications. *Prev Cardiol.* 2007 Summer;10(3):117-20.
16. Coração intocado. Revista veja, 29 de agosto de 2007 – edição 2023. [http://veja.abril.com.br/290807/p\\_110.shtml](http://veja.abril.com.br/290807/p_110.shtml)
17. J. Michael Smith, Hubert Stein, Amy M. Engel, Sarah McDonough, and Lindsey Lonneman. Totally Endoscopic Mitral Valve Repair Using a Robotic-Controlled Atrial Retractor. *Ann. Thorac. Surg.*, August 2007; 84: 633 - 637.
18. Deeba S, Aggarwal R, Sains P, Martin S, Athanasiou T, Casula R, Darzi A. Cardiac robotics: a review and St. Mary's experience. *Int J Med Robot.* 2006 Mar;2(1):16-20.