

## Considerações sobre Isquemia Silenciosa no Perioperatório de Ressecção Transuretral de Próstata

*Considerations on Perioperative Silent Ischemia in Patients Undergoing Transurethral Resection of the Prostat*

*Claudio Pinho e Bruno Caramelli*

*Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas, SP; Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP - Brasil*

### Comissão de avaliação perioperatória da SBC

O artigo intitulado “Avaliação perioperatória através do holter em pacientes idosos submetidos à prostatectomia”, publicado nesta edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, tem por tema a avaliação da isquemia silenciosa e dos distúrbios do ritmo cardíaco pela eletrocardiografia dinâmica no dia anterior ao procedimento. Os resultados são comparados com os achados do método encontrados no período em que os pacientes estavam no centro cirúrgico<sup>1</sup>.

As considerações que devemos fazer para a melhor compreensão dos resultados referem-se, inicialmente, à população do estudo: 30 pacientes idosos assintomáticos. Do ponto de vista cardiovascular, o valor mínimo do risco para essa população, levando-se em conta somente a idade, é de 8%, segundo o NCEP-ATP III. Contudo o risco aumenta para 10% nos fumantes e sobe para 12% em 1/3 dessa população pela associação com hipertensão arterial controlada. Logo a maioria da população estudada tem um risco cardiovascular estimado de, pelo menos, 8% a 12%. Os dados acerca do colesterol deveriam ter sido coletados para podermos ter uma noção real do risco cardiovascular dessa população. Ter essa noção é fundamental, pois as alterações do segmento ST-T encontradas no holter, que variam, segundo estudos da literatura, entre 9% e 39%<sup>2</sup>, são mais bem relacionadas à presença de isquemia silenciosa nas populações portadoras de doença aterosclerótica das coronárias<sup>3-5</sup>. Portanto devemos ter em mente que nem todas as alterações da repolarização encontradas devem estar relacionadas à etiologia primária, pois essa não é uma população com doença arterial coronariana já diagnosticada.

O exame clínico revelou que os pacientes eram assintomáticos, sem queixas anginosas e sem queixas cardiovasculares (inferências nossas), além de possuírem ECG sem alterações isquêmicas ou sequelas de eventos coronários e radiografia do tórax que mostrava área cardíaca normal. Isso leva a deduzir que essa população teria uma boa reserva contrátil do miocárdio e, portanto, um menor risco de complicação cardiovascular.

Em relação ao risco de evento elétrico, o tripé presença de isquemia miocárdica, baixa fração de ejeção e arritmia ventricular deve ser analisado. Já foi mencionada a evidência de boa reserva contrátil; apesar da presença de gatilhos (ectópicos ventriculares). Mesmo havendo atividade repetitiva (TVNS) com maior porcentagem de ocorrência do que na literatura, foi de pequena densidade na quantidade de episódios. Restou somente a alteração da repolarização como expressão de isquemia silenciosa que tem a análise comparativa limitada, já que o segundo holter durou, em média, apenas seis horas. Outra limitação do estudo é o tempo de acompanhamento no perioperatório, pois as complicações cardiovasculares ocorrem mais frequentemente entre 24 e 72 horas após o procedimento cirúrgico, período que não foi monitorizado pelos autores.

A isquemia silenciosa ainda não está totalmente compreendida<sup>6</sup>, motivo pelo qual estes editores ampliam o foco do debate e especulam se a presença de isquemia silenciosa em um paciente com boa reserva contrátil, cujo sistema renina angiotensina foi parcialmente bloqueado pelo uso de IECA, poderia estar fazendo “pré-condicionamento isquêmico” e, com isso, estar mais bem adaptado para enfrentar situações de estresse como o ato cirúrgico.

Por fim, uma palavra sobre as diretrizes<sup>1,7</sup> que mostram não haver evidências de que o holter deva ser usado para populações em que não existe doença arterial coronariana previamente diagnosticada ou em pacientes com doença aterosclerótica da aorta que serão submetidos à cirurgia vascular de grande porte<sup>4</sup>. Este estudo confirmou que está correta a orientação das diretrizes em vigor.

A busca pela diminuição do risco de complicação cardiovascular no perioperatório deve continuar, mas talvez o foco deva ser voltado, preferencialmente, para estratificar melhor o risco de coronariopatia aterosclerótica, diagnosticar a presença e a magnitude da isquemia com ferramentas múltiplas e aperfeiçoar a proteção do paciente que será submetido ao procedimento cirúrgico, além de acompanhar o paciente em todo o pós-operatório e a recuperação.

### Palavras-chave

Isquemia, assistência perioperatória, prostatectomia.

**Correspondência: Claudio Pinho •**

Rua Paiquere, 766 casa 64 – Valinhos - 13271-600 – São Paulo, SP - Brasil  
E-mail: drcpinho@uol.com.br

## Referências

1. Cançado TOB, Leitão FB, Torres ML, Brito FS. Avaliação perioperatória através do Holter em pacientes idosos submetidos à prostatectomia. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(4):409-17.
2. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischman KE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines of Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: a report of American College of Cardiology / AHA Task Force Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50: e161-e241.
3. Azevedo AC, Bueno MSP, Loyola LHC, Valverde AC, da Rocha AS, da Silva PR, et al. Isquemia miocárdica silenciosa: experiência com a monitorização eletrocardiográfica ambulatorial. *Arq Bras Cardiol.* 1989; 52: 5-12.
4. Azevedo AC, Souza PJM, Bueno MSP, Loyola LH, Albuquerque SS, Sekeff JA. Isquemia miocárdica silenciosa: seu aumento com a idade. *Arq Bras Cardiol.* 1991; 57: 281-5.
5. Figueiredo MJO, Pinho C, Bittencourt LAK. Papel da eletrocardiografia dinâmica ambulatorial na avaliação da isquemia miocárdica. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63: 129-33.
6. Batlouni M. Mecanismos prováveis da isquemia miocárdica silenciosa. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63: 155-9.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de avaliação perioperatória. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88: e139-e178.