

ANGIOPLASTIA CORONARIANA EM PACIENTES IDOSOS. UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA

LELIO A. SILVA, EXPEDITO RIBEIRO, RINALDO C. CARNEIRO, LAIO G. OLIVEIRA, EGLE COSTA, REGINA K. KIMURA, AMAURY GASQUES, ALDEGIO CALDEIRA, MARIA E. PETRONE, JOSÉ R. TAVARES, RICARDO A. SALVADORE, ENIO BUFFOLO, RENATO DUPRAT F^o

Entre março de 1986 e março de 1988, 304 pacientes foram submetidos a angioplastia coronariana transluminal (ACT). Desse total, 61 tinham idade superior a 65 anos (grupo I) e 243 inferior a 65 anos (grupo II). As indicações para ACT foram: angina estável, angina instável e infarto agudo do miocárdio, em indivíduos com anatomia favorável ao procedimento. Comparando-se os dois grupos verificou-se incidência significativamente maior do sexo feminino e de lesões calcificadas no grupo I ($p < 0,0001$). O número e a distribuição das artérias abordadas foi semelhante entre os grupos; o índice de sucesso imediato para os idosos foi 82% contra 88% para os mais jovens. A mortalidade nos dois grupos também não

apresentou diferença estatística: 1,6% para os idosos e 0,8% para os mais jovens. A evolução tardia, variando entre 3 e 26 meses (média de 10 meses), mostrou manutenção dos bons resultados em 86% dos casos inicialmente bem sucedidos do grupo I contra 80% do grupo II.

Considerando os resultados imediatos e tardios obtidos nos pacientes idosos, bem como índices de complicações e mortalidade similares aos obtidos em indivíduos mais jovens, os autores concluem que em pacientes sintomáticos e com anatomia favorável, a idade avançada, em nosso meio, não deve ser fator limitante na indicação da ACT.

Arq. Bras. Cardiol. 53/1: 29-31 — Julho 1989

A angioplastia coronária transluminal, técnica introduzida em 1977 por Grüntzig¹, representa opção para tratamento de portadores de lesões coronárias obstrutivas. Atualmente, com a experiência adquirida em todo o mundo e com a evolução tecnológica do instrumental, as indicações, inicialmente restritas, ampliaram-se consideravelmente. Assim, portadores de lesões coronárias graves, independente da faixa etária²⁻⁴, têm sido submetidos a angioplastia.

Nos pacientes mais idosos, onde a opção cirúrgica implica em riscos relativamente maiores⁵, a angioplastia parece alternativa atraente. Para avaliar os resultados imediatos e tardios do procedimento, suas limitações e eventuais complicações, comparou-se um grupo de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos com um grupo de pacientes mais jovens.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Entre março de 1986 e março de 1988, foram realizadas 304 angioplastias coronárias consecutivas, das quais 61, em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. A comparação desse grupo com 243 indiví-

duos com menos de 65 anos constitui a casuística deste trabalho.

Em nosso serviço, os pacientes submetidos a angioplastia, foram agrupados em três classes clínicas: a angina estável, angina instável, e infarto agudo do miocárdio. A angina estável foi caracterizada por dor aos esforços ou emoções, com mais de um mês de evolução e aliviada pelos métodos habituais. A angina instável foi definida como aumento da frequência e intensidade dos sintomas e/ou pela presença de dor em repouso com alterações reversíveis do segmento ST e da onda T do eletrocardiograma e menos de 30 dias de evolução. Nos portadores de infarto agudo do miocárdio, após administração de drogas fibrinolíticas (estreptoquinase endovenosa ou ativador extrínseco do plasminogênio), foi realizado estudo angiográfico em 24/48h. Nos casos com lesão residual significativa e anatomia favorável, a angioplastia foi executada, eletivamente, cerca de cinco dias após a trombólise.

Os antecedentes investigados foram: diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e tabagismo. Com relação as características das lesões coronárias

verificou-se a presença de cálcio, trombos, lesões seqüenciais e o número de artérias tratadas.

A via braquial, sob anestesia local, foi empregada em praticamente todos os casos e utilizou-se sempre os cateteres balões com guias manobráveis. Todos os pacientes foram medicados com aspirina, dipiridamol, nifedipina e, se necessário, nitratos, pelo menos a partir da noite precedente. Após o procedimento, os pacientes eram mantidos heparinizados e monitorizados por 24h.

Definiu-se como sucesso inicial o aumento do diâmetro da lesão igual ou maior a 50%, sem complicações durante o procedimento. As causas de insucesso foram: impossibilidade de atingir, ultrapassar ou dilatar a lesão. As condutas nos insucessos foram: cirurgia de emergência, cirurgia eletiva ou tratamento exclusivamente medicamentoso.

A análise estatística foi realizada usando-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fischer⁶ para testar homogeneidade de proporções, associadas aos níveis de cada variável nos dois grupos de pacientes. O teste t-Student pareado⁷ foi empregado para comparação das médias de intensidade da lesão pré e pós-angioplastia.

RESULTADOS

No grupo mais idoso, 38% eram do sexo feminino e essa percentagem foi significativamente mais elevada do que os 12% nos pacientes mais jovens ($p < 0,0001$).

A distribuição nas classes clínicas e os antecedentes estão sumarizados no quadro I. Apenas em relação ao tabagismo, menos frequente nos grupos dos idosos, houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p < 0,0001$).

Quanto a incidência de dilatações uni ou bi-arteriais, também não houve diferenças importantes entre os dois grupos: 7 (12%) dilatações bi-arteriais no grupo II contra 24 (10%) no grupo I.

As características angiográficas das lesões estão listadas no quadro II. As calcificações foram significativamente mais freqüentes entre os mais idosos ($p < 0,0001$), não havendo diferenças estatísticas na incidência de trombos ou lesões seqüenciais.

O percentual de sucesso inicial entre os idosos foi de 82% (50/61), índice comparável aos 88% (213/243) observados no grupo mais jovem. A diminuição do grau de estenose pré e pós angioplastia e a mortalidade também foram semelhantes nos dois grupos (quadro III). As causas de insucesso, assim como as condutas tomadas estão listadas no quadro IV, e não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos. O óbito do grupo de idosos ocorreu no 9^o PO de cirurgia de urgência. Quanto aos óbitos do grupo mais jovem, um ocorreu durante cirurgia eletiva e outro na sala de hemodinâmica, após reoclusão da coronária, arritmia ventricular e choque cardiogênico.

QUADRO I - Diagnósticos e antecedentes

	Idosos (³ 65 anos)	Jovens (< 65 anos)
Angina Estável	27 (44%)	80 (33%)
Angina Instável	19 (31%)	72 (30%)
Infarto Agudo	15 (25%)	91 (37%)
Diabetes melito	9 (18%)	40 (18%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	15 (31%)	86 (39%)
Hipercolesterolemia	4 (8%)	42 (19%)
Tabagismo	17 (35%)*	136 (61%)

* $p < 0,0001$

QUADRO II - Características das lesões

	Idosos (³ 65 anos)	Jovens (< 65 anos)
Seqüenciais	9 15%	37 (16%)
Cálcio	18 (31%)*	20 (19%)
Trombo	7 (12%)	40 (17%)

$p < 0,0001$

QUADRO III - Resultados imediatos

	%	
	(³ 65 anos)	(< 65 anos)
Sucesso	82%	88%
Insucesso	18%	12%
Mortalidade	1,6%	0,8%
Grau de Estenose:		
Lesão Pré-angioplastia	87%	83%
Lesão Pós-angioplastia	20%	20%

* $p < 0,0001$

Do grupo de idosos com sucesso inicial, trinta pacientes foram seguidos por um período variável de 3 a 26 meses (média de 10 meses). Nesse período 26 (86%) permaneceram assintomáticos ou melhorados, enquanto que em 4 (14%) houve reinstalação ou agravamento da angina. Entre os sintomáticos dois foram tratados clinicamente, um foi submetido a nova dilatação e outro foi revascularizado cirurgicamente. A avaliação tardia baseou-se principalmente nos dados clínicos e nos testes de esforço, uma vez que entre esses pacientes idosos não era realizada, obrigatoriamente, nova cine, conduta reservada apenas para os sintomáticos em que se impunha uma reavaliação da opção terapêutica. Os resultados tardios são comparados com os do grupo mais jovem no quadro V.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos em nosso serviço, com a angioplastia coronária em pacientes idosos, do ponto de vista do sucesso imediato e grau de redução das lesões, são comparáveis aos obtidos em pacientes mais jovens. Os dois grupos eram similares com relação as classes clínicas, antecedentes de diabetes e hipertensão, presença de trombos e lesões seqüenciais.

QUADRO IV - Causas de insucesso e condutas

	%	
	(≥ 65 anos)	(< 65 anos)
Causa do Insucesso:		
Atingir	33%	37%
Ultrapassar	40%	23%
Dilatar	27%	40%
Conduta no Insucesso:		
Cirurgia de Urgência	8.1%	4.5%
Cirurgia Eletiva	6.5%	4.1%
Tratamento clínico	1.6%	3.7%

QUADRO V - Evolução tardia

	%	
	(≥ 65 anos) n=30 10m(3-26)	(<65 anos) n=105 10m(2-25)
Assintomáticos	26 (86%)	84 (80%)
Sintomáticos	4 (14%)	21 (20%)
Tratamento clínico	2	11
Cirurgia	1	9
Nova angioplastia	1	1
Óbito	1*	1**

* Cirrose

** Acidente vascular cerebral

Coincidindo com a literatura, o sexo feminino e as lesões calcificadas foram significativamente mais frequentes entre os idosos⁸. Provavelmente devido a peculiaridades de nossa população, o tabagismo foi mais freqüente entre os mais jovens⁹.

Várias publicações indicam índices de sucesso primário discretamente inferiores para os pacientes mais velhos^{2,4}. Acreditamos que essa aparente discrepância deva-se a dilatações multi-arteriais mais frequentes nos mais idosos das séries referidas. Em nosso material, o número de procedimentos uni ou multi-arteriais é praticamente igual nos dois grupos, o que é consequência de nossa rotina de encaminhar pacientes que necessitam revascularizar dois ou mais vasos, preferencialmente, para tratamento cirúrgico. Devido nossa série ser relativamente recente, isso propiciou por um lado, o emprego exclusivo de sistemas de cateteres-manobráveis e de baixo perfil e por outro lado a superação da influência da chamada "curva de aprendizado". Esses fatos podem ter contribuído para que o sucesso nas artérias descritas como mais tortuosas e calcificadas dos mais velhos fosse comparável às dos pacientes mais jovens.

Os resultados tardios e as condutas seguidas na recidiva de sintomas são semelhantes nos dois grupos. Os dois óbitos tardios, um em cada grupo, não se relacionaram à coronariopatia prévia, uma vez que um deveu-se a cirrose hepática e o outro, a acidente vascular cerebral. O método retrospectivo, a avaliação essencialmente clínica e a ausência de uma nova cine

de controle em todos os pacientes, sem dúvida, são fatores limitantes no rigoroso controle evolutivo dos casos. A não repetição sistemática do estudo angiográfico deve-se a relativa dificuldade no manuseio dos pacientes dessa faixa etária e é também a conduta que observamos na literatura⁸, a qual, também, confirma os bons resultados tardios alcançados em nossa casuística⁸.

Concluímos que, sendo os índices de sucesso imediato, o grau de melhora da estenose, as complicações e os resultados tardios da angioplastia coronária em pacientes idosos comparáveis aos obtidos nos mais jovens, essa opção terapêutica pode ser aplicada com resultados e riscos aceitáveis em indivíduos de idades avançadas.

SUMMARY

Of 304 consecutive percutaneous transluminal coronary angioplasties (PTCA) performed between March 86 and March 88, 61 patients were 65 years or older. The indications for PTCA were: stable angina, unstable angina and acute myocardial infarction with suitable anatomy. In elderly patients, the female sex, and the calcific deposits, were more frequent than in the younger group ($p < 0.0001$). Primary success was achieved in 82%, vs 88% in patients younger than 65 years; complications and mortality were also statistically irrelevant between the two groups. Late clinical follow-up ranging from 3 to 36 months (mean 10) showed that symptomatic improvement was achieved in 86% of elderly patients in whom PTCA was successful (vs 80% in the younger group). These data support the safety and clinical effectiveness of PTCA in elderly symptomatic patients with suitable anatomy.

REFERÊNCIAS

1. Gruntzig A — Transluminal dilatation of coronary-artery stenosis. *Lancet*, 1: 263, 1978.
2. Mock MB, Holmes DR, Vliestra RE et al — Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) in the elderly patient: experience in The National Heart, Lung and Blood Institute PTCA Registry. *Am J Cardiol*, 53: 89C, 1984.
3. Dorros G, Janke L — Percutaneous transluminal angioplasty in patients over the age of 70 years. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 12: 223, 1986.
4. Kern MJ, Deligonul V, Galan K et al — Percutaneous transluminal coronary angioplasty in octogenarians. *Am J Cardiol*, 61: 457, 1988.
5. Gersh BJ, Kronmal RA, Frye RL et al — Coronary arteriography and coronary artery bypass surgery morbidity and mortality in patients ages 65 years or older: a report from the coronary artery surgery study (CASS). *Circulation*, 67: 483, 1983.
6. Everitt BS — *The Analysis of Contingency Tables*, 2 ed., London, Chapman and Hall, 1977.
7. Snedecor GW, Cochran WG — *Statistical Methods*, 7 ed. Ames, The Iowa State University Press, 1980.
8. Raizner AE, Hust BG, Lewis JM et al — Transluminal coronary angioplasty in the elderly. *Am J Cardiol*, 57: 26, 1986.
9. Carneiro RC — Fumo. *Rev Med IAMSPE*, 18: 98, 1987.