

MOMENTO TERAPÊUTICO

15 CABE O USO DE BLOQUEADOR DE CÁLCIO APÓS REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM ENXERTO DE MAMÁRIA?

O uso de medicamentos após a cirurgia de revascularização miocárdica não está estabelecido por estudos adequados. Muitos médicos não recomendam medicação após a alta hospitalar, enquanto outras empregam a longo prazo beta-bloqueadores, nitratos e/ou bloqueadores do cálcio, ou ainda dipiridamol e aspirina. Não há comprovação adequada do mérito relativo destas condutas.

No tocante ao uso específico de bloqueadores do cálcio após anastomose mamária interna coronária três fatos poderiam apontar para a oportunidade de seu uso:

- 1) O menor fluxo pós-operatório da artéria mamária interna quando comparado com o da veia safena.
- 2) A maior incidência de estreitamento da anastomose, oclusão distal e redução difusa da luz da mamária interna comparada com a veia safena.
- 3) A incapacidade da artéria mamária interna de prover fluxo adequado em períodos de aumento de demanda, comparativamente à veia safena.

A despeito destes fatos, a patência em 10 anos dos enxertos da mamária é definitivamente superior a dos enxertos da safena.

Além disto, cintigrafia miocárdica de esforço com thallium 201, realizada 4 a 6 semanas após a cirurgia revela isquemia em 18,2% das áreas perfundidas por enxerto de mamária e 7,6% das áreas relacionadas ao enxerto de safena.

Estes dados podem justificar o uso terapêutico dos antagonistas do cálcio no pós-operatório de enxerto de mamária, especialmente levando-se em conta os fatos acima citados, mas o seu valor nunca foi comprovado, e não constitui prática corrente da grande maioria dos médicos, inclusive de quem subscreve esta resposta.

Estudo muito recente esclarece dois aspectos importantes da vasomotricidade das artérias mamárias internas:

- 1) ausência de vasoconstrição nas artérias mamárias usadas para enxerto ou de vasodilatação (nas não usadas para enxerto) após administração de ergometrina, um agente considerado um dos vasoconstrictores mais potentes de artérias coronárias normais ou estenosadas.
- 2) existência de uma reserva vasodilatadora, demonstrada por aumento de diâmetro após infusão de dinitrato de isosorbida. Estes fatos aparecem apontar para a falta de necessidade do uso de bloqueadores do cálcio.

Em resumo, há razões teóricas para o uso de bloqueadores de cálcio no pós-operatório dos enxertos de mamária, mas os benefícios jamais foram comprovados. O seu uso não é prática corrente da maioria dos especialistas. A ausência de vasoconstrição na artéria mamária e a existência de uma reserva de vasodilatação parecem tornar dispensável o uso de bloqueadores do cálcio no pós-operatório de enxertos de mamária.

Edson A. Saad

Universidade Federal do Rio de Janeiro

REFERÊNCIAS

- Hurst JW, King III Z, SB; Friesinger CG et al—Atherosclerotic coronary heart disease: Recognition, prognosis and treatment. Ch 45 de Hurst JW ed The Heart Mc Graw. Hill Book Company, 1986; p 954.
- Hamby RJ, Aintallian A, Wisoff BG et al—Comparative study of the postoperative flow in the saphenous vein and internal mammary artery bypass grafts. Am Heart J. 1977; 93: 306.
- Grondin CM, Lesperance J, Bourassa MG et al—Coronary artery grafting with the saphenous veins or internal mammary artery: comparison of late results in two consecutive series of patients. Ann Thorac Surgery, 1975; 20: 605.
- Flemma RJ, Singh HM, Tector AJ et al—Comparative hemodynamic properties of vein and mammary artery in coronary bypass operations. Ann Thorac Surg, 1976; 21: 215.
- Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM et al—Influence of the internal mammary artery graft on 10 year survival and other cardiac events. N Engl J Med, 1986; 314: 1.
- Berger RA, Boros B, Blews R et al—Comparison of internal mammary artery and saphenous vein grafts using stress-thallium scintigraphy. J Am Coll Cardiol, 1986; 7: 32A.
- Hanet C, Wijns W, Decoster P et al—Angiographic evolution of vasomotor properties of internal mammary arteries before and after coronary artery bypass grafting in men. Am J Cardiol. 1990; 65: 918-21.

16 QUAL A 1ª DROGA A SER COGITADA NO CONTROLE DA TAQUICARDIA VENTRICULAR TORSADE DE POINTES ?

Independente da forma (congenita ou adquirida) a Torsade de Pointes (TP) parece depender da presença de pós-potenciais precoces bradicárdicos ou pausa dependentes. Se sustentada, deve-se proceder à cardioversão elétrica imediata. Se não sustentada, porém, com episódios repetitivos, como ocorre com mais frequência, deve-se tentar manter FC elevada e regular com isoproterenol EV ou melhor, e mais seguro ainda, com marcapasso externo temporário (atrial de preferência). Em seguida, tentar descobrir a origem (secundária à intoxicação por drogas antiarrítmicas ou hipopotassemia em presença de cardiopatia) e repor potássio.

O sulfato de magnésio em TP secundária pode ser ministrado lentamente na veia em doses máximas ainda não muito bem definidas. Chegamos a utilizar até 2g com resultados muito bons, porém transitórios.

A suspensão das drogas antiarrítmicas é mandatória. Nas formas congênitas, o uso das seguintes drogas devem ser consideradas: propranolol em doses máximas toleradas, difenilhidantoína e sedativos.

*Eduardo Sosa
Instituto do Coração do HC FMVSP*

17 PORTADOR DE PROLAPSO DE VALVA MITRAL COM DOR PRECORDIAL, TESTE ERGOMÉTRICO POSITIVO E CINECORONARIOGRAFIA NORMAL DEVE RECEBER BETA-BLOQUEADOR?

A exclusão de coronariopatia obstrutiva pela cinecoronariografia não invalida o tratamento com betabloqueadores. A mais provável patogênese da dor precordial no prolapso de valva mitral é a isquemia miocárdica regional, conseqüente à tração dos músculos papilares pelos folhetos valvares prolapsados.

Os betabloqueadores, usados inicialmente por Sloman e col continuam eletivos para o tratamento da dor precordial, por reduzirem a contratilidade e a frequência cardíaca e aumentarem o volume ventricular esquerdo, reduzindo a extensão do

prolapso e a tensão dos músculos papilares sobre o miocárdio contíguo. Mais recentemente, Bondoulas e col sugerem uma regulação anormal de catecolaminas nestes pacientes. Pequenas doses de propranolol (30 a 120 mg/dia) ou equivalente para outros betabloqueadores, beneficiam significativamente.

*Enio Lustosa Cantarelli
Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco*

REFERÊNCIAS

- Barlow JB, Bosman CK—Aneurysmal protrusion of the posterior leaflet of the mitral valve. *Am Heart J.* 1966; 71: 166.
Sloman G, Stanmuir M, Hare WS et al—Prolapse of the posterior leaflet of the mitral valves. *Israel J Med Sci.* 1969; 5: 727.
Oliveira Jr WA, Carneiro MAA, Cantarelli EL, Assi N—Prolapso da valva mitral: Conduta Terapêutica. *Arq Bras Cardiol.* 1983; 41/5: 395-403.
Boudoulas H, Kolibash AJ, Baker P, King BD, Wooley CF—Mitral valve prolapse and the mitral valve prolapse syndrome: A diagnostic classification and pathogenesis of symptoms. *Am Heart J.* 1989; 118: 803-4.

18 CABE INSISTIR NO USO DE DIURÉTICOS E DE VASODILATADORES NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA REFROTÁRIA DE GESTANTE PORTADORA DE ESTENOSE MITRAL COM ÁREA MENOR QUE 1,2 CM²?

Débito cardíaco elevado está presente na gestação e a estenose mitral limita, significativamente, este aumento, especialmente no exercício. O gradiente transmitral chega a aumentar até 100% para propiciar o ineramento da volemia e do débito cardíaco. Desta forma a área de 1,2 cm² em questão, torna a valva extremamente estenótica. O emprego de diuréticos na gravidez deve levar em consideração, em primeiro lugar, que a sobrecarga volumétrica, em torno de 40%, depende de fatores que muitas vezes fogem ao controle clínico como: peso da placenta, do feto, multiparidade e gemelaridade. Segundo, o risco que, os diuréticos, quando não empregados com cautela, podem reduzir o volume intravascular e ocasionar redução da perfusão uterina com conseqüências nefastas para mãe e feto. Insuficiência cardíaca refratária deve ser considerada quando a terapêutica adequada foi instituída. Com relação aos diuréticos deve-se iniciar com tiazídicos (50-100 mg/dia). A necessidade de maior resposta diurética pode implicar no emprego de furosemíde (20-40 mg/dia) mas de preferência a partir da 12ª semana. Com cautela e por

curto período de tempo pode-se aumentar a dose até 120mg/dia. Os vasodilatadores estão reservados para casos com pouca resposta aos diuréticos por causa dos seus efeitos colaterais e da pequena experiência ainda acumulada. Hidralazina, largamente usada, deve ser empregada na dose de 12,5 a 100mg/dia. O verapamil, de 80-120 mg/dia, por curto prazo pode causar bloqueios, hipotensão e diminuição do tônus uterino. Desde que estas drogas tenham sido empregadas em doses adequadas, na paciente em questão e a resposta terapêutica foi ineficiente, medidas enérgicas como valvoplastia

por cateter balão e/ou cirurgia devem ser propostas.

*Zilda Meneguello
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia*

REFERÊNCIAS

- Ueland K, Novy MJ, Metcalfe J - Cardiorespiratory response to pregnancy and exercise in normal women and patients with heart disease. Am J Gynecol, 1973; 105; 4.
Brug RJ, Gordon PR, Kudesia VS, Bhatia RK - Effect of pregnancy on pressure gradient in mitral stenosis. Am J Cardiol. 1989; 63; 384.