

Conduta no Pós-infarto Agudo do Miocárdio

Roberto Bassan
Rio de Janeiro, RJ

Durante toda a década dos anos 70, discutiu-se amplamente sobre a necessidade de se realizar cinecoronariografia após a fase aguda do infarto do miocárdio. Alguns autores preconizavam sua realização em todos os pacientes enquanto outros a indicavam somente para os pacientes chamados de alto risco.

Com a introdução dos trombolíticos na terapêutica do infarto agudo do miocárdio, uma série de mega-estudos foram iniciados nos anos 80, visando determinar, não só a eficiência terapêutica destas drogas, no que se refere à recanalização coronária, mas, também, em relação à melhoria da função ventricular. Esses estudos realizaram coronariografia na fase aguda do infarto e vários realizaram, também, antes da alta hospitalar. Com isto, criou-se a impressão de que todo paciente submetido à terapêutica trombolítica deveria obrigatoriamente ser submetido ao estudo angiográfico. Além disso, esses estudos angiográficos mostraram que a maioria dos pacientes submetidos à trombólise apresenta uma lesão obstrutiva residual importante na artéria culpada, o que levou vários grupos a decidirem intervir agressivamente nessas artérias com angioplastia ¹

O estudo TAMI (Thrombolysis and Angioplasty in Myocardial Infarction) ² procurou determinar, em pacientes com infarto agudo do miocárdio tratados com trombolítico (rtPA) venoso, se a angioplastia coronária realizada nas primeiras horas de evolução é mais vantajosa que a realizada ao final da 1ª semana. Os autores observaram que a função ventricular esquerda global era não significativamente melhor no grupo com angioplastia tardia enquanto que a contratilidade segmentar da zona infartada era semelhante nos dois grupos. Além disso, a mortalidade hospitalar foi não-significativamente menor no grupo com angioplastia tardia (1% vs. 4%), o mesmo se ob-

servando em relação à necessidade de cirurgia de revascularização miocárdica urgente (2% vs. 7%).

O estudo TIMI-II ³ comparou pacientes com infarto agudo do miocárdio tratados com trombolítico (rtPA) venoso e que foram randomizados a 3 estratégias terapêuticas: coronariografia imediata (primeiras 2 h) com angioplastia, coronariografia tardia (18-48 h) com angioplastia e coronariografia tardia somente se houvessem sinais clínicos de isquemia miocárdica (espontânea ou esforço induzida). Neste último grupo somente 18% dos pacientes necessitaram ser submetidos ao estudo angiográfico. Os autores observaram que a fração de ejeção ventricular foi semelhante nos 3 grupos apesar da lesão obstrutiva residual coronária ter sido obviamente maior no grupo conservador em comparação aos dois grupos agressivos. As mortalidades hospitalar e tardia foram semelhantes nos três grupos, o mesmo se observando em relação à taxa de reinfarto.

O estudo TAMI-5 ⁴ procurou determinar se, em pacientes com infarto agudo do miocárdio tratados com trombolítico (rtPA e/ou uroquinase), uma conduta agressiva de coronariografia imediata seguida de angioplastia coronária se a artéria culpada permanecesse ocluída (angioplastia de socorro) é melhor que uma conduta conservadora de coronariografia entre o 5º e 10º dia de evolução. Os autores observaram que os pacientes submetidos à conduta agressiva tinham uma maior prevalência de artéria culpada patente que aqueles submetidos à conduta conservadora (94% vs. 90%, $p = 0,06$), o que provavelmente contribuiu para uma significativa melhor contratilidade segmentar da zona infartada encontrada no primeiro grupo. Entretanto, a fração de ejeção global foi semelhante, o mesmo se observando em relação à mortalidade hospitalar (6% vs. 4%, respectivamente), reinfarto (3%), insuficiência ventricular esquerda (14% vs. 17%) e isquemia recorrente (25% vs. 35%).

Estes estudos nos levam a concluir que, em pacientes com infarto agudo do miocárdio tratados com trombolítico endovenoso, a angioplastia coronária é uma estratégia terapêutica que não se aplica à maioria dos pacientes, principalmente para aqueles com evolução não complicada, em virtude do seu alto risco e baixo índice de benefícios ⁵. Além disso, a

Hospital Pró-cardíaco
Correspondência: Roberto Bassan
R. Dna. Mariana, 188
22280 - Rio de Janeiro, RJ

coronariografia só se fez indiscutivelmente, necessária para aqueles pacientes com evolução complicada por isquemia miocárdica persistente (espontânea ou esforço-induzida) ou por disfunção ventricular esquerda⁶⁻⁸. Nos demais pacientes, a realização de coronariografia deixa de ser mandatória e passa a ser quase uma questão de filosofia pessoal do cardiologista, em relação às suas convicções quanto ao manuseio apropriado dos pacientes pós-infarto. Entretanto, torna-se necessário frisar que pacientes pós-infarto não complicado que não apresentam evidências de isquemia miocárdica residual, através de testes funcionais não-invasivos (eletrocardiografia de esforço, cintigrafia de perfusão de esforço, cintigrafia de perfusão com dipiridamol, ventriculografia de esforço com radionuclídeo, etc) apresentam baixíssima mortalidade nos primeiros anos pós-infarto, apesar de muitos deles terem doença coronária multivascular⁷⁻¹⁰. Medidas terapêuticas agressivas (angioplastia ou cirurgia) para estes pacientes, certamente, não causarão qualquer impacto significativo sobre a mortalidade.

Referências

1. Topol EJ, O'Neill WW, Langburd AB - A randomized, placebo controlled trial of intravenous recombinant tissue-type plasminogen activator and emergency coronary angioplasty in patients with acute myocardial infarction. *Circulation*, 1987; 75: 420-8.
2. Topol EJ, Califf RM, George BS - A randomized trial of immediate versus delayed elective angioplasty after intravenous tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1987; 317: 581-8.
3. Rogers WJ, Baim DS, Gore JS - Comparison of immediate invasive, delayed invasive, and conservative strategies after tissue-type plasminogen activator (TIMI 11- A Trial). *Circulation*, 1990; 81: 1457-76.
4. Califf RM, Topol EJ, Stack RS - Evaluation of combination thrombolytic therapy and timing of cardiac catheterization in acute myocardial infarction (TAMI-5 Trial). *Circulation*, 1991; 83:1543-56.
5. Ryan TJ - Angioplasty in acute myocardial infarction: is the balloon leaking ? *N Engl J Med*. 1987; 317: 624-6.
6. ACC/AHA Task Force Report - Guidelines for the early management of patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, 1990; 16: 249-92.
7. Epstein SE, Palmer ST, Patterson RE - Evaluation of patients after acute myocardial infarction: indications for cardiac catheterization and surgical intervention. *N Engl J Med*. 1982; 307: 1487-91.
8. De Busk RF, Blomqvist CG, Kouchoukos NT, Luepker RV, Miller HS, Moss AJ - Identification and treatment of low-risk patients after acute myocardial infarction and coronary artery bypass graft surgery. *N Engl J Med*. 1986; 314: 161-6.
9. Bassan R, Ferreira CB, Santos MG, Migon HS, Corigo D, Dohmann H 7-10 anos de seguimento de sobreviventes de infarto agudo do miocárdio: fatores determinantes e preditores da mortalidade. *Arq Bras Cardiol* 1991; 57 (Supl C): 31
10. Gibson RS, Watson DD, Craddock GB, et al. Predictions of cardiac events after uncomplicated myocardial infarction: a prospective study comparing pre-discharge exercise thallium-201 cintigraphy and coronary angiography. *Circulation* 1983; 68: 321-36.