

Check-up “normal” e morte súbita

Primeiro aconteceu com Bill Clinton (motivou matéria nesta coluna em 2005) “a Vulnerable patient” : – *The Association for Eradication of Heart Attack (AEHA) said that the case of Former Pres. Bill Clinton illustrates the serious gap that exists between the scientific understanding of heart attack causes and the traditional medical practice for prevention of heart attack. The organization said traditional tests are inadequate and leave millions of Americans with the mistaken impression that they are not at risk of a heart attack when they are. According to news reports, the former president’s heart disease was not detected in his regular check-ups when physicians scrutinized his traditional risk factors, including cholesterol and an ECG stress test. Unfortunately, as reportedly was the case with Former President Clinton, current guidelines used to detect those susceptible to heart attacks fail in identifying many high-risk individuals. A recent study published in the Journal of the American College of Cardiology reported that 88 percent of heart attack victims would have been considered low to moderate risk if they were tested with current national guidelines the prior day.*

E recentemente, conforme farto noticiário entre nós, o humorista Bussunda da TV Globo, com importantes fatores de risco familiares e pessoais para a DAC, ± 6 meses após ter feito check-up cardiológico (incluindo cintilografia pelo MIBI) que resultou normal, aproximadamente 12 horas após mal-estar durante partida de futebol entre amigos, teve morte súbita, informada ser IAM. Para esclarecer sobre como um clínico deve interpretar e depois agir com as informações adquiridas nessa forma moderna e tão em voga de atuação da medicina, convidamos Evandro T. Mesquita, Professor adjunto de Cardiologia da UFF.

A morte súbita gera uma enorme sensação de impotência, em especial para os cardiologistas. No passado estaríamos culpando o exame complementar, aqui no caso a cintilografia ou a ação da mão invisível – o destino. Alguns ainda diriam que esse tipo de morte – a súbita – é digno dos com alma especial, que aqui vieram para fazer o bem, pois não gera sofrimento, sendo uma forma digna de morrer.

Nos últimos anos, começamos a entender um pouco mais de uma condição clínica de elevada prevalência (30%-40% da população adulta), a Síndrome Metabólica (SM). Sempre soubemos de indivíduos com hipertensão, diabetes (DM) e da clássica “barriguinha de chopp” que tiveram morte súbita jogando bola no final de semana. Achávamos que aquele tipo de fatalidade era fruto do despreparo físico ou da falta de um adequado *check-up*, e atribuíamos a responsabilidade do evento à falta de zelo do próprio morto. A

SM por ser nova entidade clínica que reflete o importante papel da obesidade, especialmente a visceral como determinante da resistência a insulina, e na qual se encontram presentes um estado pró-trombótico, um padrão inflamatório sistêmico de baixa intensidade e dislipidemias. Essas alterações fisiopatológicas levam a anormalidades clínicas, tais como HA, DM e aterosclerose prematura. A inflamação vascular sistêmica promove o surgimento de placas vulneráveis compostas de capa fibrosa menos espessa e riqueza do núcleo lipídico com risco elevado à ruptura e instabilidade. O risco aumentado de morte por doença aterosclerótica coronária na SM varia entre 2,0 a 3,7, e para IAM não-fatal observa-se um aumento de 1,7 vez.

Não é improvável, portanto, que indivíduos com placas inferiores a 50% de área luminal possam apresentar testes funcionais negativos e posteriormente apresentar um evento agudo: seja IAM, angina instável ou morte súbita, quando submetidos a fatores de risco agudo – exercício, estresse emocional, inflamação e infecção.

O desafio é identificar os pacientes vulneráveis, pelos biomarcadores e novos métodos de imagem. A detecção das placas vulneráveis pela angiotomografia coronariana, angioressonância das artérias coronárias e imageamento da placa aterosclerótica pela medicina nuclear está sendo testada, apenas a dosagem da proteína C ultra-sensível é aprovada para uso clínico. A prática esportiva com segurança em indivíduos com SM é um tema que merece estudos mais elaborados para identificar subgrupos em que a atividade física competitiva deveria ser restringida.

Ao realizarmos um *check-up* cardiovascular, devemos buscar identificar indivíduos de risco ou com SM e intensificar medidas preventivas, com ênfase no controle metabólico e do peso corporal. Neles, a busca de isquemia miocárdica com emprego de testes provocativos com a intensidade máxima ou próximo dela é mandatório. Em casos de SM com DM, o uso do escore de cálcio pela TC de coronárias pode ser útil para triagem de pacientes de risco elevado. A avaliação dos assintomáticos com SM com placas vulneráveis é uma nova área de pesquisa cardiovascular. Devemos embasar as ações nas atuais diretrizes, avaliando o risco cardiovascular a partir dos escores de *Framingham*, indicando de maneira individualizada a estratificação funcional e estabelecendo com ênfase o plano de prevenção cardiovascular.

Evandro Tinoco Mesquita
Prof. Adjunto de Cardiologia da UFF
e-mail: etmesquita@uol.com.br



LIPITOR
atorvastatina cálcica

Caduet
anlodipino besilato/
atorvastatina cálcica

Olmotec
olmesartana medoxomilo

CITALOR
atorvastatina cálcica

Revatio
sildenafil citrato