

Cardiotônico: Insuperável na Preservação da Estabilidade Miocárdica como Preventivo das Síndromes Coronárias Agudas e Responsável pela Prolongada Sobrevida

RESUMO

Fiéis aos novos conceitos de fisiopatologia e terapêutica da Teoria Mio gênica e inspirados nos excepcionais resultados de sustação da angina instável e do quadro clínico enfartante com o emprego do cardiotônico, resolvemos estendê-lo à coronário-miocardiopatia estável sintomática ou assintomática, com ou sem enfarte prévio, tendo como objetivo a preservação da estabilidade miocárdica e prevenção das síndromes coronárias agudas – insuficiência cardíaca, angina instável, enfarte agudo do miocárdio e morte súbita; representando assim a terapêutica específica, indispensável e insuperável, comprovada através do confronto de 3 épocas e 2 rotinas terapêuticas e também como responsável pela prolongada sobrevida durante os últimos 28 anos.

Quintiliano H. de Mesquita

Professor Honorário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba; Fundador e Chefe do Instituto de Angiocardiologia do Hospital Matarazzo e Casas de Saúde Matarazzo, 1945-1979; Fundador e Diretor Executivo do Instituto de Combate ao Enfarte do Miocárdio, 1999-2000; São Paulo - SP.

Cláudio A. S. Baptista

Cardiologista da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Médica Brasileira; Assistente do Instituto de Cardiologia do Hospital Matarazzo; Plantonista Chefe da Unidade Coronária do Hospital Matarazzo; Ex-Chefe do Serviço de Cardiologia do Hospital Cruz Azul de São Paulo; Cardiologista do Centro Olímpico Treinamento Pesquisa em São Paulo; Ex-Presidente e Membro atual da Comissão Científica da Sociedade Paulista de Medicina Desportiva.

Endereço para correspondência:
E-mail: instituto@infarctcombat.org

SUMMARY

Faithfully about the new pathophysiological concepts of the Myogenic Theory and inspired in the exceptional results of the cessation of unstable angina and of infarctioning clinical picture with the use of cardiotonic, we decided to extend its use to the stable symptomatic or asymptomatic coronary myocardiopathy with or without previous myocardial infarction, having as our aim to preserve the myocardial stability and prevention of the acute coronary syndromes – cardiac insufficiency, unstable angina, acute myocardial infarction and sudden death; representing in this way the specific, essential and insuperable therapeutic, proved through the confrontation of 3 times and 2 different therapeutic routines and also as responsible for the prolonged survival during the last 28 years.

INTRODUÇÃO

Na doença coronário-miocárdica (DCM) o emprego do cardiotônico como específico no tratamento das síndromes coronárias agudas já foi considerado em vários estudos nossos (1, 2, 3, 4) com o registro da surpreendente e imediata sustação da angina instável (AI) em crescendo – angina pré-enfarte – sem o conseqüente e habitual enfarte agudo do miocárdio (EAM).

Nos casos habitualmente designados como enfartados agudos, o cardiotônico desenvolveu importantes efeitos sobre os picos enzimáticos e grandes transformações clínico-evolutivas, que nos levaram a denominá-los como portadores de Quadro Clínico Enfartante (QCE) com evidências de enfarte evitado (QCE-E) em 20% dos casos, QCE-sustado (QCE-S) em 47% e QCE-enfartado atenuado (QCE-A) em 33% dos casos assim tratados dentro da média de 8 horas do intervalo crise-internação. Como conseqüência direta estabelecemos a revolucionária deambulação precoce determinada no 5º dia nos 2 primeiros (QCE-E e QCE-S) e 10 dias no último (QCE-A), seguidos por alta hospitalar no dia seguinte.

Essa terapêutica específica tem-nos levado à consideração (1) do retorno à estabilidade miocárdica e sintomática nas referidas síndromes agudas, reco-

nhecendo como casos sem enfarte prévio (SEMP) aqueles de AI assim sustados e que voltam a compor a lista dos casos do 1º estágio da DCM, como angina pectoris estável (AE) ou processo isquêmico assintomático de esforço. Enquanto nos casos acometidos anteriormente por EAM e que também retornando à estabilidade miocárdica passam a ser designados como casos com enfarte prévio (CEMP).

Temos já demonstrado a necessidade de se separar assim esses dois grupos de casos por representarem graus patológicos diferentes em sua evolução clínica e quanto ao prognóstico.

Consideramos AI e EAM como transitórios acidentes clínicos na evolução natural da DCM por quebra da estabilidade contrátil do segmento miocárdico coronário dependente, mas de fácil prevenção através da terapêutica cardiotônica.

OBJETIVOS

Na realidade, os 2 grupos de casos considerados, SEMP e CEMP, devem representar o objetivo permanente do cardiologista: preservar a estabilidade miocárdica e sintomática com o emprego vitalício do cardiotônico associado ao dilatador coronário e inibidor da ECA, garantindo a prevenção das síndromes coronárias agudas: AI, EAM, insuficiência cardíaca (IC) e morte súbita (MS).

Quadro 1

REGISTROS NA ADMISSÃO DOS PORTADORES DA CORONÁRIO-MIOPATIA ESTÁVEL SEMP E CEMP

Faixa Etária	Casos SEMP				Casos CEMP			
	Casos 994	H	M	Idade Média	Casos 156	H	M	Idade Média
20-29 a	2—0,2%	2		22 a				
30-39 a	28-2,8%	19	9	36 a	6-3,8%	6		35 a
40-49 a	126-12,6%	60	66	44 a	27-17,5%	23	4	45 a
50-59 a	276-27,7%	37	239	55 a	47-30,1%	41	6	53 a
60-69 a	305-30,6%	156	149	64 a	52-33,3%	40	12	63 a
70-79 a	224-22,5%	114	110	73 a	18-11,5%	15	3	77 a
80-89 a	32-3,2%	16	16	83 a	5-3,2%	5		82 a
> 90 a	1-0,1%		1	91 a	1-0,6%	1		92 a

Idade global média: 60 anos	Idade global média: 57 anos
Homem: min.: 20 a - max.: 86 a	Homem: min.: 30 a - max.: 92 a
Mulher: min.: 33 a - max.: 91 a	Mulher: min.: 43 a - max.: 73 a

Comentário

Na admissão, merecem ser destacados os seguintes aspectos nos casos SEMP: 2 casos de 20 e 25 anos de idade; números crescentes dos 40-69 anos e decrescentes a partir dos 70 anos, sendo bem marcante de 80-89 e com 1 caso com 91 anos. Idade global média de 60 anos.

Nos casos CEMP, temos 6 casos com 30-39 anos; números crescentes dos 40-69 anos; decrescentes de 70-79 anos e bem marcante de 80-89 anos com 5 casos e 1 com 92 anos de idade. Idade global média de 57 anos.

Menor Incidência
de Hipoglicemia.

70%

de diminuição do risco
de hipoglicemia no início
do tratamento.⁽²⁾



Referências:

- (1) Dresner KE et al. - *Horm. Metab. Res.* 28 (1996): 419-425
- (2) Dilli DG et al. - *Horm. Metab. Res.* 38 (1996): 426-429
- (3) Gaidberg RB et al. - *Diab. Care.* 19 (1996): 849-856
- (4) Bilezikci JP et al. - *Interaction of sulphonylurea derivatives with vascular ATP sensitive potassium channels in humans* *Diabetologia* 39 (1996): 1083-1090



**REGISTROS FINAIS DO LONGO PERÍODO DE TRATAMENTO E SOBREVIDA
ALCANÇADA NA CORONÁRIO-MIOCARDIOPATIA ESTÁVEL (1972-00)**

Faixa Etária	Casos SEMP			Casos CEMP			Idade Média	Quadro 2
	Casos 994	H	M	Casos 156	H	M		
20-29 a	1-0,1%	1		28 a				
30-39 a	7-0,7%	7		36 a	3-1,9%	3	35 a	
40-49 a	49-4,9%	30	19	44 a	13-8,3%	11	2	45 a
50-59 a	164-16,4%	81	83	55 a	23-14,7%	21	2	55 a
60-69 a	258-25,9%	127	131	64 a	49-31,4%	38	11	64 a
70-79 a	304-30,5%	156	148	74 a	51-32,6%	43	8	74 a
80-89 a	182-18,3%	93	89	83 a	15-9,6%	13	2	83 a
> 90 a	29-2,9%	9	20	91 a	2-1,2%	2		92 a

Idade global média: 69 anos
Homem: min.: 28 a - max.: 94 a

Idade global média: 66 anos
Homem: min.: 32 a - max.: 95 a

Comentário

No encerramento do estudo (1972-00), temos nos casos SEMP a redução do número de casos de 40-69 anos e bem marcante o crescimento a partir dos 70-89 anos e como excepcional e significativo o registro de 29 casos com mais de 90 anos.

Registrando-se a Idade global média de 69 anos.

Nos casos CEMP, o número de casos é também decrescente dos 40-69 anos e bem marcante o crescimento do número de casos dos 70-80 anos e com 2 casos acima de 90 anos.

Registrando-se a Idade global média de 66 anos.

Em livro nosso (5), no capítulo "Confronto de duas épocas e duas rotinas terapêuticas", em tal estudo, realizado em períodos de 17 anos, ficou demonstrado o papel insuperável e indispensável do cardiotônico nos dois grupos de casos, quando ficou patente que a incidência da IC se mostrava sempre predominante sobre a do EAM nos casos CEMP e SEMP e tratados sem e com cardiotônico. Esses aspectos ainda não foram considerados pela ortodoxia cardiológica que só se tem mostrado preocupada com as medidas invasivas e cirúrgicas da reperfusão miocárdica como prevenção do EAM no prolongamento da sobrevida.

MÉTODOS E RESULTADOS DA TERAPÊUTICA

No presente trabalho apresentamos a casuística dos últimos 28 anos (1972-2000) com os dois grupos distintos de casos SEMP e CEMP, como comprovação dos novos conceitos terapêuticos preconizados pela Teoria Miogênica.

Da apreciação dos Quadros 1 a 6 chegamos a importantes dados, confrontando-se os registros e a distribuição dos 994 SEMP e dos 156 CEMP pelas diversas faixas etárias no momento da admissão (Quadro 1) e no encerramento das observações (Quadro 2). Ficou bem caracterizado o longo tempo de sobrevida, com o particular registro de 29 casos que chegaram a mais de 90 anos e com a baixa mortalidade em 10 casos.

Desde o nosso 1º estudo sobre o confronto dos casos tratados com e sem cardiotônico, ficou patente que os casos CEMP são de patologia avançada e de prognóstico mais severo, através dos índices

**DURAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES E TRATAMENTO: 994 CASOS SEMP
ÓBITOS NO PERÍODO (1972-00)**

Casos 1 a 28 anos	Faixa etária com número de casos subtraídos os óbitos								
	20-29 a	30-39 a	40-49 a	50-59 a	60-69 a	70-79 a	80-89 a	> 90 a	
1º - 994			3	11 - 2	15 - 3	15 - 3	3		47 (-8)
2º - 947		2	13	33 - 3	37 - 3	36 - 4	7 - 2	1	129 (-12)
3º - 818			9	20	26 - 1	15 - 5	11 - 3		81 (-9)
4º - 737		2	4	23 - 2	11	28 - 4	8 - 3	1	77 (-9)
5º - 660		3	7	20	36 - 1	19 - 2	15 - 2	1	101 (-5)
6º - 559			5	6	18 - 1	19 - 2	17 - 4		65 (-7)
7º - 494				12 - 1	15 - 3	20 - 3	8 - 4		55 (-11)
8º - 439	1		5	8 - 1	13 - 2	20	6 - 4	4 - 3	57 (-10)
9º - 382			2	6 - 1	12	18 - 4	13 - 5	3 - 1	54 (-11)
10º - 328			1	5 - 2	11 - 2	22 - 3	14 - 4	2	55 (-11)
11º - 273				5	12 - 2	9 - 1	4 - 2	3	33 (-5)
12º - 240				3	10 - 2	14 - 4	10 - 4	2 - 1	39 (-11)
13º - 201				2	8	7 - 2	10 - 1	2 - 1	29 (-4)
14º - 172				4 - 1	4 - 1	8 - 1	10 - 2	2 - 1	28 (-6)
15º - 144				1	4	7 - 1	9 - 4	1	22 (-5)
16º - 122				2	3	9 - 2	6		20 (-2)
17º - 102					5 - 1	6 - 2	5 - 3		16 (-6)
18º - 086				1	3	7 - 1	1		12 (-1)
19º - 074					2 - 1	5 - 1	2 - 1	1	10 (-3)
20º - 064				1	1	2	7	2 - 2	13 (-2)
21º - 051					3	3	4 - 1		10 (-1)
22º - 041					1	5	2 - 1	2 - 1	10 (-2)
23º - 031					2	3	2 - 1	2	9 (-1)
24º - 022					2		1		3
25º - 019				1		1	1		3
26º - 016							4		4
27º - 012					3	3	1		7
28º - 005					1	3	1		5
									994 (-142)
Casos:	1	7	49	164	258	304	182	29 =	994
Óbitos:				13	23	45	51	10 =	142
%				7,90%	8,90%	14,80%	28,00%	34,40%	14,20%
Totais:	1	7	49	151	235	259	131	19 =	852

Comentários:

Registro do total de 142 óbitos (14,2%) e registro de óbitos em cada faixa etária com os respectivos percentuais e o registro dos diversos anos do longo período de tratamento, merecendo destaque a prolongada sobrevida com a idade média de 76 anos no momento do óbito.

de morbimortalidade, muito embora tenham-se mostrado beneficiados pelo emprego do cardiotônico.

Ficou patente ainda que os casos CEMP e SEMP assim tratados com cardiotônicos devem ser apresentados distintamente para que se obtenham fiéis índices estatísticos, principalmente porque, quando somados os 2 grupos, os índices mostram-se reduzidos pela presença dos casos SEMP.

Note-se que os casos de AI sustados bem como os casos de angina estável ou coronário-

miocardiopatia assintomática, CEMP e SEMP tratados com cardiotônicos apresentam-se com a estabilidade miocárdica e sintomática preservada com baixos índices de morbimortalidade.

Deve ser considerado ainda que no momento da admissão dos pacientes a idade global média dos SEMP foi de 60 anos e a dos CEMP, 57 anos (Quadro 1), enquanto no momento do encerramento das observações (Quadro 2), apresentam-se respectivamente com 69 e 66 anos. Caracterizando-se em ambos os grupos a predominância numérica e

percentual dos casos das faixas etárias dos 40-79 anos na 1ª fase, registrando-se porém na fase final o deslocamento dos maiores índices das faixas etárias dos relativamente mais jovens para as dos mais idosos, de maneira flagrante dos 70 a mais de 90 anos. Correspondendo assim ao importante prolongamento da sobrevida nos casos da DCM assim tratados no período dos últimos 28 anos.

Devemos destacar (Quadro 5) que os índices de morbimortalidade mostram-se bem animadores quando comparados com os registros dos casos tratados sem cardiotônico. Especialmente nos CEMP cuja patologia é mais avançada e nos quais nossos índices mostram-se significativamente reduzidos nos dois períodos de 17 e 28 anos quando confrontados com o que se observa no período de 17 anos sem o cardiotônico (Quadro 6: Grupos 1a e 2a – 1b e 2b – 1c e 2c).

RESULTADOS E CONFRONTO DE 3 ÉPOCAS E 2 ROTINAS TERAPÊUTICAS

Desde o primeiro trabalho sobre o confronto das épocas e rotinas de tratamento, o registro das elevadas idades no momento do óbito tem sido confirmado também no período global de 28 anos com índices médios de 76 anos nos casos SEMP e de 72 anos nos CEMP tratados com cardiotônico, enquanto sem cardiotônico a idade média fora registrada nos dois grupos com 64 anos.

Segundo os preceitos da Teoria Miogénica a terapêutica da DCM de 1972-00 tem sido exclusivamente clínica, com o objetivo de preservação da estabilidade miocárdica e sintomática dos casos CEMP e SEMP, prevenindo realmente a AI, EAM, IC e MS que passaram então a ser vistos com baixos índices de morbimortalidade e prolongada sobrevida.

Quadro 4

DURAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES E TRATAMENTO: 156 CASOS CEMP ÓBITOS NO PERÍODO (1972-00)

Casos	Faixa etária com número de casos subtraídos os óbitos							
	1 a 28 anos	30-39 a	40-49 a	50-59 a	60-69 a	70-79 a	80-89 a	> 90 a
1º - 156	1	4	3	9	2	1 - 1		20 (-1)
2º - 136			2	3	4 - 1	1 - 1	3 - 1	13 (-3)
3º - 122	1	3	3 - 1	5	2 - 1	1	1 - 1	16 (-3)
4º - 107		2	2	1 - 1	2			7 (-1)
5º - 100	1	1	4 - 2	2 - 1	5 - 2			14 (-5)
6º - 086			1 - 1	2 - 2	4 - 1			7 (-4)
7º - 079				3 - 1	1 - 1	1		5 (-2)
8º - 074		1			2 - 2	1 - 1		4 (-3)
9º - 070			3 - 1	3 - 3	2 - 2	2 - 2		10 (-8)
10º - 060					6 - 3	2 - 1	1 - 1	9 (-5)
11º - 051					3 - 2	6 - 2		9 (-4)
12º - 042				1	2 - 2	1	2 - 2	6 (-4)
13º - 036					2 - 2	3 - 3	1 - 1	6 (-6)
14º - 030					2	3 - 1	1 - 1	6 (-2)
15º - 024					1	1 - 1		2 (-1)
16º - 022					3 - 1	3 - 3		6 (-4)
17º - 016						3 - 2	1 - 1	4 (-3)
18º - 012					1	1 - 1		2 (-1)
19º - 010						1 - 1	1 - 1	2 (-2)
22º - 008						1 - 1		1 (-1)
23º - 007					1	2 - 1		3 (-1)
24º - 004						1		1
25º - 003						1		1
27º - 002					1			1
28º - 001						1		1
								156 (-64)
Casos:	3	13	23	49	51	15	2 =	156
Óbitos:			6	19	26	12	1 =	64
%			26,00%	38,70%	50,10%	80,00%	50,00%	41,00%
Totais:	3	13	17	30	25	3	1 =	92

Comentários:

Registro do total de 64 óbitos (41%) e o registro do número de óbitos em cada faixa etária com os respectivos percentuais e especificados nos diversos anos de longo período de tratamento; destacando-se a prolongada sobrevida com a idade média de 72 anos no momento do óbito.

REGISTROS SOBRE MORBIDADE E MORTALIDADE NA CORONÁRIO-MIOCARDIOPATIA ESTÁVEL

Casos SEMP				Casos CEMP			
994 Casos				156 Casos			
Morbidade:				Morbidade:			
Enfarte Miocárdico: 14 casos (1,4%)				EM: 8 casos (5,1%)			
Insuficiência cardíaca: 35 casos (3,5%)				IC: 17 casos (10,8%)			
Mortalidade: 142 casos (14,2%)				Mortalidade: 64 casos (41%)			
Homem: 81 casos (57%)				Homem: 55 casos (85,9%)			
Mulher: 61 casos (43%)				Mulher: 9 casos (14,0%)			
Causas de Morte	Casos %	H	M	Casos %	H	M	
Morte Súbita	72 (7,2%)	39	33	32 (20,5%)	26	6	
Insuficiência Cardíaca	32 (3,2%)	18	14	17 (10,8%)	15	2	
Acidente Vascular							
Cerebral	13 (1,3%)	8	5	7 (4,4%)	6	1	
Câncer	14 (1,4%)	8	6	3 (1,9%)	3		
Outras causas e Complicações							
Cirurgias	6 (0,6%)	4	2	2 (1,2%)	2		
Ruptura de Aneurisma da Aorta Abdominal	1 (0,1%)	1		2 (1,2%)	2		
Acidente	4 (0,4%)	3	1	1 (0,6%)	1		
<i>Idade média no óbito: 76 anos</i>				<i>Idade média no óbito: 72 anos</i>			
<i>Homem: 81 casos; Idade média: 78 anos</i>				<i>Homem: 55 casos, Idade média: 71 anos</i>			
<i>Mínimo: 52 anos e Máximo: 91 anos</i>				<i>Mínimo: 55 anos e Máximo: 95 anos</i>			
<i>Mulher: 61 casos; Idade média: 74 anos</i>				<i>Mulher: 9 casos, Idade média: 72 anos</i>			
<i>Mínimo: 50 anos e Máximo: 93 anos</i>				<i>Mínimo: 58 anos e Máximo: 86 anos</i>			

Comentários:

Dos 994 casos SEMP, a Morbidade revelou EAM em 14 casos (1,4%) e IC em 35 casos (3,5%) e Mortalidade de 142 casos (14,2%) com Idade média no óbito de 76 anos. Causas cardíacas: MS em 72 casos (7,2%) e IC em 32 casos (3,2%); demais causas: 38 casos (3,8%). Dos 156 casos CEMP, a Morbidade revelou re-EM em 8 casos (5,1%) e IC em 17 casos (10,8%) e Mortalidade de 64 casos (41%) com Idade média no óbito de 72 anos. Causas cardíacas: MS em 32 casos (20,5%) e IC em 17 casos (10,8%); demais causas: 15 casos (23,4%).

Do confronto entre as épocas de tratamento sem e com cardiotônico (Quadro 6) verificamos que a morbimortalidade dos casos tratados só com o emprego dos vasodilatadores coronários (papaverina, prenilamina, verapamil, e os nitratos) apresentou exagerados índices em significativo contraste com aqueles tratados com o emprego do cardiotônico. Ao mesmo tempo tornou-se também evidente que os casos CEMP eram caracterizados por patologia avançada e de prognóstico reservado quando comparados com os casos SEMP.

Ao passarmos a considerar a 3ª época como globalização do estudo dos casos tratados com cardiotônico durante os 28 anos, verificamos ao final que os índices de morbimortalidade são perfeitamente aceitáveis e servem como demonstração de avanço terapêutico e de que o cardiotônico tem-se

mostrado específico, indispensável e insuperável.

Temos registrado na DCM, a IC como condição de maior incidência e predominante sobre o EAM. Por isso tem-nos causado estranheza a grande preocupação que a ortodoxia cardiológica tem dispensado a este último, envidando todos os esforços e recursos da terapêutica clínica, invasiva e cirúrgica, para a restauração da reperfusão miocárdica. A nossa conduta terapêutica é complementada pela revascularização miocárdica providencialmente desenvolvida pela circulação coronária colateral que se tem mostrado dinâmica, permanente e contínua, principalmente nos casos de completa obstrução das maiores artérias epicárdicas, sem registro de EAM nem IC. Já os procedimentos invasivos e cirúrgicos, pretendendo a reperfusão miocárdica, têm sido temporários e repetitivos.

CONFRONTO DE TRÊS ÉPOCAS E DUAS ROTINAS TERAPÊUTICAS

Casos SEMP: Grupo 1 a – Sem cardioprotetor durante 17 anos (1954-71) com os seguintes registros: 154 casos com a seguinte morbidade: Enfarte miocárdico: 5 casos (3,2%); Insuficiência cardíaca: 9 casos (5,8%). Mortalidade: 21 casos (13,6%); com morte súbita em 15 casos (9,7%). Idade média no óbito: 64 anos. Grupo 1 b – Com cardioprotetor durante 17 anos (1972-89) com os seguintes registros: 684 casos com a seguinte morbidade: Enfarte miocárdico: 14 casos (2,1%); Insuficiência cardíaca: 35 casos (5,1%). Mortalidade: 54 casos (8%); com Morte súbita em 24 casos (3,6%). Idade média no óbito: 72 anos. Grupo 1 c – Com cardioprotetor e englobando o grupo 1 b para avaliação durante 28 anos (1972-00) com os seguintes registros: 994 casos com a seguinte morbidade: Enfarte miocárdico: 14 casos (1,4%); Insuficiência cardíaca: 35 casos (3,6%). Mortalidade: 142 casos (14,2%); com Morte súbita em 71 casos (7,2%). Idade média no óbito: 76 anos. Casos CEMP: Grupo 2 a – Sem cardioprotetor durante 17 anos (1954-71) com os seguintes registros: 126 casos com a seguinte morbidade: re-Enfarte miocárdico: 24 casos (19%); Insuficiência cardíaca: 57 casos (45,2%). Mortalidade: 100 casos (79,3%); com Morte súbita em 42 casos (33,8%). Idade média no óbito: 64 anos. Grupo 2 b – Com cardioprotetor durante 17 anos (1972-89) com os seguintes registros: 114 casos com a seguinte morbidade: re-enfarte miocárdico: 6 casos (5,2%); Insuficiência cardíaca: 15 casos (13,1%). Mortalidade: 34 casos (29,8%); com Morte súbita em 15 casos (13,1%). Idade média no óbito: 70 anos. Grupo 2 c – Com cardioprotetor e englobando o Grupo 2 b para avaliação durante 28 anos (1972-00) com os seguintes registros: 156 casos com a seguinte morbidade: re-Enfarte miocárdico: 8 casos (5,1%); Insuficiência cardíaca: 17 casos (10,8%). Mortalidade: 64 casos (41%); com Morte súbita em 32 casos (20,5%). Idade média no óbito: 72 anos.

Comentários gerais:

Ao longo de quase três décadas temos acompanhado outras opções de tratamento da DCM e, infelizmente, muitos aspectos ainda permanecem indefinidos.

Freqüentemente na vivência clínica diária temos observado condutas distintas para apresentações de quadros clínicos e ou angiográficos semelhantes.

As técnicas de reperfusão com a utilização de trombolíticos e ou por cateter são baseadas em trabalho de De Wood e col., tendo como substrato a presença da trombose coronária primária (6). Em relação aos trombolíticos, importantes observações merecem atenção e comentários também baseados em estudos (7-8); contra-indicações absolutas para uso em 20% dos pacientes; sem benefícios em pacientes com revascularização miocárdica prévia, má função miocárdica e em choque cardiogênico, que são excluídos na maioria dos ensaios; efeitos colaterais,

principalmente hemorrágicos (3,9 por 1000 pacientes) e maior acima dos 75 anos; 20% não atingem reperfusão completa; 20% permanecem com risco de desenvolverem isquemia recorrente e re-enfarte, mesmo com associação de AAS e heparina (8).

Controvérsias persistem comparando o uso de trombolíticos e angioplastia primária e alguns estudos muito bem conduzidos concluem que a experiência do serviço de atendimento e sua disponibilidade sejam fundamentais para os resultados, o que convenhamos poderá trazer dificuldades para a correta informação de dados (9). A reestenose nos casos de angioplastia permanece ainda um desafio. Os stents, embora interferindo significativamente na redução da reestenose e de novas intervenções, não diminuem a mortalidade, fato que não seria o esperado (10).

Neste mesmo período permanecemos fiéis à terapêutica cardioprotetora. Do confronto entre os casos SEMP com e sem cardioprotetor os índices de morbimortalidade mostram-se realmente aceitáveis, mas os tratados com cardioprotetor são excepcionalmente mais bem definidos; entretanto, os casos CEMP sem o cardioprotetor são marcados por índices assustadores e confrontados com os tratados pelo cardioprotetor verifica-se a consagração dos nossos conceitos terapêuticos preconizados pela Teoria Miogênica. Além disso, torna-se evidente que a incidência da IC é realmente predominante sobre a do EM. Também a expectativa de vida passou de 64 anos (1954-71) nos casos SEMP e CEMP para 70 e 72 anos (1972-89) e por último de 1972-00 para 72-76 anos com o emprego do cardioprotetor, representando mortalidade excepcional de 1,4% ao ano nos casos com enfarte do miocárdio prévio e de 0,5% ao ano nos casos sem enfarte prévio.

Conclusão:

Na DCM sua evolução natural torna evidente que o período de estabilidade miocárdica é longo, tanto nos casos sintomáticos como assintomáticos ou silenciosos, marcados com suportáveis índices de morbimortalidade, até mesmo sem o emprego do cardioprotetor e quando a IC já se mostra com índices predominantes sobre a incidência do EM.

Entretanto, declarada a instabilidade miocárdica e sintomática, a evolução natural para o EAM é rapidamente observada pela habitual seqüência AI em crescendo, EAM sem onda Q ou com onda Q.

A partir daí o que se tem observado é que todos os índices são excessivamente agravados quando entregues à própria sorte; enquanto o emprego do cardioprotetor que se mostra bem eficaz nos casos SEMP, também nos casos CEMP os índices de morbimortalidade, são reprimidos e mostram-se em baixos níveis que caracterizam muito bem nossos conceitos de que o cardioprotetor é específico, indispensável e insuperável com a adição dos dilatadores coronários e do inibidor da enzima conversora.

Referências Bibliográficas:

- 1) Mesquita, QHde: Livro, Teoria Miogênica do Enfarte Miocárdico – Novos conceitos de Fisiopatologia e Terapêutica, Edição do autor; julho, 1979.
- 2) Mesquita, QHde: Cardioprotetor e enfarte agudo do miocárdio no homem, RBCTA; 1981;10646-63
- 3) Mesquita, QHde, Baptista CAS: Porque Teoria Miogênica e não Teoria Trombogênica; Arq Bras Cardiol; Vol 62 (nº 4), 1994
- 4) Mesquita, QHde, Baptista, CAS, Mari, SM: Angina Instável: Etiologia Aterosclerótica, Fisiopatologia Miogênica e Terapêutica Cardioprotetora. Ars Curandi, 1999; 32:12-19.
- 5) Mesquita, QHde: Livro, Como escapar da ponte de safena e do enfarte do miocárdio só com remédio, Editora Icone, 1991.
- 6) De Wood MA, Spores J, Notske R, et al, Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction, N Engl J Med, 1980;303:897-902
- 7) Fibrinolytic Therapy Trialists (FTT) Collaborative Group. Indications

for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction. Collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomized trials of more than 1000 patients, Lancet 1994;334:311-22

8) The GUSTO Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. The GUSTO trial. N Engl J Med;1993;329:673-80

9) Gibbons RJ, Holmes DR, Reeder GS, et al, Immediate angioplasty compared with the administration of a thrombolytic agent followed by conservative treatment for myocardial infarction. The Mayo Coronary Care Unit and Catheterization Laboratory Groups. N Engl J Med, 1993;328:685-91.

10) Antoniucci DA, Santoro GM, Bolognese L, et al. A clinical trial comparing primary stenting of the infarct-related artery with optimal primary angioplasty for acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 1998;31:1234-9.