

Consideraciones sobre Isquemia Silenciosa en el Perioperatorio de RTU de Próstata

Claudio Pinho y Bruno Caramelli

Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas, SP; Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP - Brasil

Comisión de evaluación perioperatoria de la SBC

El artículo intitulado "Evaluación perioperatoria mediante holter en pacientes mayores sometidos a prostatectomía", publicado en esta edición de los Archivos Brasileños de Cardiología, tiene por tema la evaluación de la isquemia silenciosa y de los disturbios del ritmo cardíaco por la electrocardiografía dinámica el día anterior al procedimiento. Los resultados se comparan con los hallazgos del método encontrados en el período en que los pacientes estaban en el centro quirúrgico.

Las consideraciones que debemos hacer para la mejor comprensión de los resultados se refieren, inicialmente a la población del estudio: 30 pacientes mayores asintomáticos. Desde el punto de vista cardiovascular, el valor mínimo de riesgo para esta población, tomando en cuenta sólo la edad, es del 8%, de acuerdo con el NCEP-ATP III. Sin embargo, el riesgo aumenta para el 10% en los fumadores y sube para el 12% en 1/3 de esa población por la asociación con hipertensión arterial controlada. Entonces, la mayoría de la población estudiada tiene un riesgo cardiovascular estimado de por lo menos un 8% a un 12%. Deberían haberse recolectado datos acerca del colesterol para poder tener una noción real del riesgo cardiovascular de esa población. Tener esa noción es fundamental, pues las alteraciones del segmento ST-T encontradas en el holter, que varían, según estudios de la bibliografía, entre el 9% y el 39%¹, están mejor relacionadas con la presencia de isquemia silenciosa en las poblaciones portadoras de enfermedad aterosclerótica de las coronarias²⁻⁴. Por lo tanto, debemos tener en mente que no todas las alteraciones de la repolarización encontradas deben estar relacionadas a la etiología primaria, pues ésta no es una población con enfermedad arterial coronaria ya diagnosticada.

El examen clínico reveló que los pacientes eran asintomáticos, sin quejas anginosas y sin quejas cardiovasculares (inferencias nuestras), además de tener ECC

sin alteraciones isquémicas o secuelas de eventos coronarios y radiografía de tórax que mostraba área cardíaca normal. Esto lleva a deducir que esta población tendría una buena reserva contráctil del miocardio y, por lo tanto, un menor riesgo de complicación cardiovascular.

Con relación al riesgo de evento eléctrico, el tríptico presencia de isquemia miocárdica, baja fracción de eyección y arritmia ventricular debe ser analizado. Ya se mencionó la evidencia de buena reserva contráctil; a pesar de la presencia de gatillos (ectópicos ventriculares). Aun habiendo actividad repetitiva (TVNS) con mayor porcentaje de ocurrencia que en la bibliografía, fue de pequeña densidad en la cantidad de episodios. Restó solamente la alteración de la repolarización como expresión de isquemia silenciosa que tiene el análisis comparativo limitado, ya que el segundo holter duró, en promedio, sólo seis horas. Otra limitación del estudio es el tiempo de seguimiento en el perioperatorio, pues las complicaciones cardiovasculares ocurren con más frecuencia entre 24 y 72 horas después del procedimiento quirúrgico, período que no fue monitoreado por los autores.

La isquemia silenciosa todavía no está totalmente comprendida⁵, motivo por el cual estos editores amplían el foco del debate y especulan si la presencia de isquemia silenciosa en un paciente con buena reserva contráctil, cuyo sistema renina angiotensina fue parcialmente bloqueado por el uso de IECA, podría estar haciendo "precondicionamiento isquémico" y, así, estar mejor adaptado para enfrentar situaciones de estrés como el acto quirúrgico.

Finalmente, una palabra sobre las directrices^{1,6} que muestran no haber evidencias de que el holter deba ser usado para poblaciones en las que no existe enfermedad arterial coronaria previamente diagnosticada o en pacientes con enfermedad aterosclerótica de la aorta que serán sometidos a cirugía vascular de gran porte⁴. Este estudio confirmó que está correcta la orientación de las directrices en vigor.

La búsqueda por la disminución del riesgo de complicación cardiovascular en el perioperatorio debe continuar, pero tal vez

Palabras clave

Isquemia, asistencia perioperatoria, prostatectomía.

Correspondencia: Claudio Pinho •

Rua Paiquere, 766 casa 64 - Valinhos - 13271-600 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: drcpinho@uol.com.br

el foco deba orientarse, preferentemente, a estratificar mejor el riesgo de coronariopatía aterosclerótica, a diagnosticar la presencia y la magnitud de la isquemia con herramientas

múltiples, y a perfeccionar la protección del paciente que será sometido al procedimiento quirúrgico, además de seguir al paciente en todo el postoperatorio y la recuperación.

Referencias

1. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischman KE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines of Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: a report of American College of Cardiology / AHA Task Force Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50: e161-e241.
2. Azevedo AC, Bueno MSP, Loyola LHC, Valverde AC, da Rocha AS, da Silva PR, et al. Isquemia miocárdica silenciosa: experiência com a monitorização eletrocardiográfica ambulatorial. *Arq Bras Cardiol.* 1989; 52: 5-12.
3. Azevedo AC, Souza PJM, Bueno MSP, Loyola LH, Albuquerque SS, Sekeff JA. Isquemia miocárdica silenciosa: seu aumento com a idade. *Arq Bras Cardiol.* 1991; 57: 281-5.
4. Figueiredo MJO, Pinho C, Bittencourt LAK. Papel da eletrocardiografia dinâmica ambulatorial na avaliação da isquemia miocárdica. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63: 129-33.
5. Batlouni M. Mecanismos prováveis da isquemia miocárdica silenciosa. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63: 155-9.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de avaliação perioperatória. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88: e139-e178.