

Primeiro guia de Stress Eco em quase 10 anos

Rochester, MN – Novas diretrizes para a realização, interpretação e aplicação da ecocardiografia de stress foi publicada em setembro de 2007 no *the Journal of the American Society of Echocardiography* [1]. A principal autora **Dr Patricia A Pellikka** (Mayo Clinic, Rochester, MN) atualizou as recomendações do eco de stress desde 1998.

Stress eco: Um teste mais versátil.

Pellikka comentou que após 1998 existem várias publicações relatando importantes dados do papel do eco de stress em prever viabilidade miocárdica. Mas isso não é tudo. Eco de stress é versátil e muitas informações podem ser adquiridas. O método permite avaliar doença isquêmica, mas também valvas, aorta, tamanho das câmaras e espessura das paredes, o que pode ajudar o reconhecimento de outras causas de dor além de DAC. Eco de stress prove muitas informações que não estão disponíveis em outros testes, como cardiologia nuclear, e tem a vantagem de não requerer irradiação. Na clínica Mayo, quando foi introduzido eco de stress a cardiologia nuclear estava bem estabelecido, mas stress eco superou cardiologia nuclear em termos de número de teste realizado.

Essas diretrizes constituem-se em referência prática para cardiologistas que desejam saber como usar essa tecnologia mais efetivamente na prática clínica.

Algumas omissões e a necessidade de mais estudos

Esse documento representa uma contribuição chave no campo da ecocardiografia de stress.

Dr Melissa Walton-Shirley (TJ Samson Community Hospital, Glasgow, KY), comentou que enquanto as novas diretrizes sejam úteis e excelentes em termos de estratificação de risco de pacientes com doença coronária, existem alguns questionamentos das recomendações. A tolerância ao exercício é um parâmetro de grande peso, mas no processo de decisão de avaliação invasiva, os clínicos continuam confusos no dia-a-dia para integrar os dados do estudo **COURAGE** às informações da eco de stress. Antes do COURAGE, alterações de contração segmentar múltiplas usualmente resultavam em recomendação de estratégia invasiva. Na era pós COURAGE, existe dúvida de como aconselhar esses mesmos pacientes. . . e alguma culpa em recomendar cateterismo. Nos casos de boa tolerância ao exercício com medicação otimizada, deve-se apenas seguir o paciente com modificação dos fatores de risco? E nos casos de severa isquemia na distribuição da artéria descendente anterior. Indicar cateterismo? Embora as diretrizes não possam dirigir o cuidado de cada paciente em particular elas são uma excelente base para apoiar o raciocínio clínico.

Existe mais trabalho à ser realizado.

Walton-Shirley também comentou que recomendações para pacientes com dissincronia septal, bloqueio de ramo esquerdo, marcapasso ventricular direito ou aqueles no pós-operatório de cirurgia cardíaca, "um forte argumento em favor de teste farmacológico nuclear com adenosina/dipiridamol seria esperado." Porém Pellikka contesta, "Existem poucas informações comparativas a esse respeito. Estudos mais antigos comparam stress eco com nuclear em pacientes com bloqueio de ramo esquerdo, porém mais dados são necessários."

Outro aspecto importante que não foi mencionado nas diretrizes é a cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (CMHO). Uma omissão inaceitável, já que o Doppler de stress é a única ferramenta não invasiva na detecção de CMHO oculta. Essa patologia poderia ser catalogada na sessão de

Echodata – Laboratório de Ecocardiografia Digital do Paraná

avaliação de dispnéia inexplicável. É fortemente recomendável obter a velocidade de fluxo na via de saída do ventrículo esquerdo no pós-stress em pacientes com hipertrofia septal proximal ou movimento sistólico anterior da valva mitral e em pacientes com dispnéia inexplicável.

Fonte

1. Pellikka PA, Nagueh SF, Elhendy AA, et al. American Society of Echocardiography recommendations for performance, interpretation and application of stress echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2007; 20:1021-1034.