

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FUNÇÃO SISTÓLICA PRESERVADA: UMA CONDIÇÃO FREQUENTE E POUCO ENTENDIDA

Flávio Danni Fuchs

Médicos antigos, mas nem tanto, aprenderam e decoraram que a história natural de cardiopatias que levavam à insuficiência cardíaca passava obrigatoriamente por deterioração da função sistólica. Nesta história, o agravo miocárdico levava à hipertrofia, perda da capacidade ejetiva, dilatação (a clássica lei de Frank-Starling), aumento das pressões a montante, edema pulmonar, dispnéia e, como frequente nas enfermarias da Santa Casa naqueles anos, a insuficiência cardíaca congestiva, com anasarca. Com o advento do ecocardiograma, verificou-se que em muitos pacientes faltava um elo nesta clássica sequência, o déficit na função ejetiva, capturada no ecocardiograma pela fração de ejeção. Os céticos, como eu, demoraram a acreditar nesta nova entidade, a despeito de já vermos, àquela época, pacientes idosos em franca insuficiência cardíaca com coração pequeno. Fui plenamente convencido, há alguns bons anos, por atendimento de paciente em franco edema agudo refratário, em que o ecocardiograma identificava, na hora, fração de ejeção superior a 70%, com função segmentar preservada. Não estive sozinho em meu ceticismo, pois até recentemente se questionava se presumíveis casos de insuficiência cardíaca com função sistólica preservada não decorriam de erro diagnóstico (1).

Hoje não há mais dúvida de que esta entidade é frequente, estando presente em aproximadamente 1/3 dos pacientes com insuficiência cardíaca, apresentando tendência de aumento (2). No presente fascículo de nossa revista, Goldraich e associados (3) apresentam resultados de meticuloso levantamento de frequência e consequências da insuficiência cardíaca com função sistólica em nosso hospital. Com rígido critério de seleção, incluíram somente pacientes com pelo menos 8 pontos no escore de Boston. Exatamente 31% dos mais de 700 pacientes estudados tinham fração de ejeção de pelo menos 50%. A análise central do trabalho, no entanto, baseou-se em quintis de fração de ejeção. Nesta análise alguns dados impressionam, como a mortalidade maior em números absolutos entre os pacientes com fração de ejeção superior a 60%. A morbidade foi também maior entre os pacientes com fração de ejeção preservada. Razões subjacentes explicam pelo

menos parte destas consequências, como a idade mais elevada dos pacientes com fração de ejeção preservada, mas certamente alertam para a atenção redobrada que estes pacientes requerem.

A investigação da fisiopatologia desta condição é provocante e tem muito ainda a explicar. Insuficiência cardíaca diastólica é condição frequente, mas não única nestes casos (4). Independentemente dos mecanismos, cabe reiterar a clínicos e novos estudantes de medicina que a fração de ejeção não é padrão-ouro para diagnóstico de insuficiência cardíaca, ainda clássica síndrome caracterizada na adequada coleta de história clínica e realização de exame físico. Em tempo, paralelamente ao surgimento desta nova condição na insuficiência cardíaca, vimos todos praticamente desaparecer o clássico paciente com anasarca, fruto da muito efetiva terapia disponível hoje para pacientes com insuficiência cardíaca, seja ela com ou sem fração de ejeção preservada.

Flávio Danni Fuchs
Chefe do Serviço de Cardiologia
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

REFERÊNCIAS

1. Caruana L, Petrie MC, Davie AP, McMurray JJ. Do patients with suspected heart failure and preserved left ventricular systolic function suffer from "diastolic heart failure" or from misdiagnosis? A prospective descriptive study. *BMJ* 2000; 321:215-8.
2. Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Eng J Med* 2006; 355:251-9.
3. Goldraich L, Borges AP, Seewald R, Blom M, Clausell N, Beck-da-Silva L, Rohde LE. Identificação e impacto clínico de fração de ejeção preservada em pacientes admitidos por insuficiência cardíaca descompensada. *Rev HCPA* 2008; 28:71-80.
4. Yturralde FR and Gaasch WH. Diagnostic criteria for diastolic heart failure. *Prog Cardiovasc Dis* 2005; 47:314-9.