

O drible no enfarte sem ter que passar pelo bisturi

Não posso acreditar. Antes demorava três quartos de hora para andar alguns metros, agora andei uns 25 quilômetros, com ladeiras, sem sentir o menor cansaço.

Eleutério Congosto, 63 anos, é um dos primeiros pacientes a passar por uma dilatação coronária no Hospital Provincial de Madri. Durante mais de quatro meses ele esteve sofrendo de terríveis dores no peito. Padecia de estreitamento coronário bastante grave que, quase certamente, o levaria a um enfarte se não se praticasse a operação cirúrgica habitual nestes casos, que consiste em enxertar um segmento da veia femoral para fazer uma "ponte", por onde possa passar o sangue, acabando a obstrução. Entretanto, o estado de saúde e, sobretudo, a idade de Eleutério, não recomendavam a operação nem a anestesia geral. Por isso era necessário a dilatação.

Em grande número de casos a angina peitoral é causada pelo estreitamento de uma ou várias artérias coronárias. A principal responsável por este estreitamento pode ser uma placa de ateroma — uma formação relativamente branda nos primeiros estágios — que, a partir da parede arterial, vai acumulando gorduras até chegar quase a entupir a artéria. Até 1976 só havia uma solução: o bisturi, com sua inevitável seqüela de "stress" e risco de infecção. Desde então, mais de 3 mil casos no mundo valorizam a técnica da dilatação coronária.

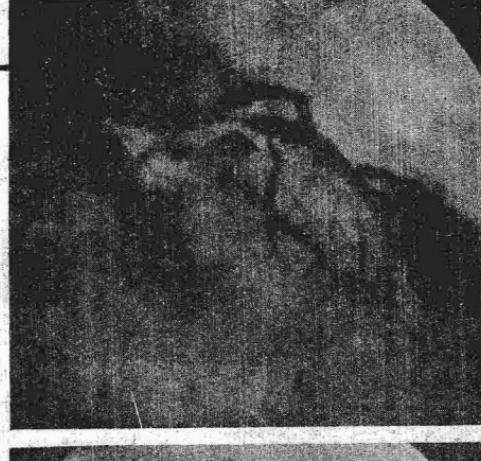
REVOLUÇÃO

Com anestesia local e através de uma artéria, geralmente dos membros inferiores, se coloca uma sonda ou cateter de modo que seu orifício se apoie no da artéria coronária. Por dentro da finíssima sonda se introduz outra ainda menor — as coronárias têm um diâmetro de um a três milímetros — que leva em sua extremidade um pequeno balão inflável. Quando chega no ponto da obstrução, infla-se várias vezes o balão para retirar e dissolver a placa de ateroma na parede arterial: o sangue já pode correr livremente. Não só supriu-se a dor, como evitou-se a aparição de males maiores.

O curso da operação, que não dura mais de 30 minutos, tem prosseguimento por meio de uma "televisão de raios-X". "É mais prática que a clássica tela" — explica o Doutor Juan Luis Delcán — "porque pode-se parar a imagem e dar marcha-a-ré na moviola, o que torna possível solucionar todas as dificuldades.

"Vi minhas próprias artérias", conta Avilés Mario Blanco, que passou pelo processo há um mês e meio — "sem nenhum incômodo, só um segundo de dor forte ao inflar do balão. Mas ao sair dali, achei tudo ótimo, ao ver os operados com enormes cicatrizes. Estava livre daquilo. E isto quando ao entrar no hospital, ninguém dava nada por mim".

O maior inconveniente desta nova técnica, que reduz ao mínimo o custo físico, moral e econômico da intervenção, consiste na impossibilidade de previsão, antes da dilatação, de quais placas ainda estão brandas e quais já se calcificaram. "De todo modo, somente uns 15 por cento das coronárias podem se beneficiar desta técnica, já que ela só pode ser aplicada em pacientes com enfermidade em uma só coronária, com obstruções localizadas em segmentos acessíveis, próximos



Sem necessidade de bisturi e com anestesia local, somente, pode-se corrigir o estreitamento de uma artéria coronária, como mostram as fotos

e que não estejam calcificados; de modo algum, se já houve infarto previamente ou em se tratando de mulher grávida", afirma o Dr. Delcán.

É pouco frequente que as mulheres padeçam deste tipo de enfermidade. Os 16 pacientes tratados em Madri, de idades compreendidas entre 24 e 64 anos, eram todos homens.

Os fatores de risco que podem provocar um estreitamento coronário são fundamentalmente, as gorduras na alimentação e o "stress". Tanto o indivíduo que sobrevive com dificuldades em seu trabalho, como o boa vida que passa as noites de bar em bar, são futuros pacientes dos especialistas das coronárias. O tabaco e o álcool colaboram. A poluição nem tanto, pois produz mais enfermidades dos brônquios. Se você fuma muito e trabalha excessivamente, se sua alimentação não é racional ou você é obeso, é provável que começem em breve as fisgas das surdas no peito. Andar se converte em uma dificuldade insolúvel; realizado o eletrocardiograma de esforço, será constatado que a resistência do coração é mínima.

REINCIDÊNCIA MÍNIMA

"Quando cheguei, não aguentava mais", mas estava disposto a tudo. "Após oito meses, o estreitamento não voltou a se repetir: a porcentagem de reincidência é mínima, afetando somente 13 por cento dos casos, que são suscetíveis a uma segunda dilatação. Uma vez dilatada, poucas vezes a artéria volta a se estreitar no mesmo lugar.

"Desconhecemos os resultados a longo prazo porque só utilizamos esta técnica há três anos. De qualquer modo, se a dilatação não fosse possível devido a calcificação das placas — só tivemos um caso assim — não haveria nenhum inconveniente em realizar a operação cirúrgica".

O Dr. Juan Luis Delcán está quase tão satisfeito como os próprios pacientes.

"Em uma semana já podem andar e, em um mês, voltam à vida normal. O custo para a Previdência Social é muito menor e, para o doente, é uma satisfação sair tão rápido. Após uma semana faz-se um eletrocardiograma de esforço, e outro em seis meses. Os dados são arquivados para se fazer um estudo internacional desta técnica. Mas os resultados são alentadores. Alguns dos pacientes com os quais realizamos angioplastia apresentavam previamente angina de mínimo esforço, com várias crises diárias, inclusive, às vezes, em longo repouso. Na atualidade estão completamente assintomáticos, libertos da angina peitoral e levando vida completamente normal."

"SÁBADO Gráfico" — RN