

Dra. Maria Cristina de Oliveira Izar

Assistente Doutora da Disciplina de Cardiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

## Detecção de aterosclerose coronária e aórtica subclínicas por ressonância nuclear magnética em portadores de diabetes tipo 1 com e sem nefropatia diabética.

A doença cardiovascular aterosclerótica, em particular a doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte tanto no diabetes tipo 1, como no tipo 2. As diretrizes americanas para prevenção da DAC consideram o diabetes como um equivalente de risco de DAC, independente do tipo de diabetes, idade, e da função renal. Já as diretrizes europeias não consideram o diabetes tipo 1 como situação de alto risco, exceto na presença de microalbuminúria. Pacientes com diabetes e nefropatia mantêm um excesso de mortalidade cardiovascular comparados aos diabéticos normoalbuminúricos. Kim, W. Y., et al. (Circulation 2007;115:1-7) avaliaram a presença de aterosclerose aórtica e coronária em uma *coorte* de diabéticos tipo 1 assintomáticos com e sem nefropatia, usando a ressonância nuclear magnética. A estratificação do risco em diabéticos tipo 1 é menos exigente do que no tipo 2, e o efeito da nefropatia diabética na aterosclerose no diabetes tipo 1 não é bem descrito. Neste estudo transversal com 136 portadores assintomáticos de diabetes tipo 1, com história de diabetes de longa duração, a ressonância nuclear magnética revelou maior carga de placa coronária naqueles com nefropatia diabética comparados àqueles com normoalbuminúria. Estes dados sugerem que a doença coronariana aterotrombótica possa desempenhar um papel importante na elevada mortalidade cardiovascular em pacientes com diabetes tipo 1 e nefropatia.

## Riscos associados à terapia com estatinas. Uma visão sistemática dos ensaios clínicos randomizados.

6

A terapia com estatinas é subutilizada e preocupações a respeito de potenciais efeitos adversos podem deter médicos da prescrição desses fármacos a pacientes com indicação apropriada de tratamento hipolipemiante. Embora os benefícios das estatinas na redução do risco cardiovascular sejam bem conhecidos, menos informação a respeito da magnitude dos riscos é conhecida. Relatos de pesquisas após a comercialização e dados de análises retrospectivas avaliaram primariamente a rabdomiólise, em detrimento de todo um espectro de efeitos adversos, tais como os efeitos hepáticos e musculares associados ao uso de estatinas. Além disso, estudos prévios relataram taxas variáveis de efeitos adversos relacionados ao uso de estatinas, havendo uma lacuna na literatura com relação à uma avaliação mais completa desses efeitos. Kashami, A., et al. (Circulation 2006;114:2788-97), quantificaram o risco de eventos adversos em pacientes usando estatinas com base em ensaios clínicos randomizados publicados. Após consulta aos bancos de dados do MEDLINE de 1966 a





2005, foram selecionados 35 ensaios clínicos randomizados com estatinas (74.102 pacientes seguidos em média de 1 a 65 meses) e 4 com cerivastatina, estes analisados em separado. Os autores concluíram que a terapia com estatinas se associa com um pequeno excesso de risco de elevação de transaminases, mas não com excesso de risco de mialgias, elevações de CK, rabdomiólise, ou retirada da terapêutica comparado ao placebo. Novos estudos se fazem necessários para determinar se os resultados desses estudos publicados são semelhantes ao que ocorre na prática rotineira, especialmente entre os idosos, naqueles com comorbidades, ou que recebam doses de estatinas maiores do que as utilizadas pela maioria dos pacientes nos ensaios clínicos randomizados.



### **Estatinas e risco de câncer de pulmão, mama e colo-retal em idosos.**

Dados de recentes estudos epidemiológicos sugerem que as estatinas possam reduzir o risco de vários tipos de câncer, no entanto, em idosos, possa haver um efeito oposto. Pacientes em terapia de longo prazo com estatinas tendem a ser mais saudáveis, menos frágeis e ter melhor adesão às terapias do que os não usuários desses fármacos. Isto poderia explicar parcialmente os efeitos ditos protetores das estatinas em outros desfechos, como o câncer. Em contraste, a maioria dos ensaios randomizados e metanálises sugerem pequena ou nenhuma mudança no risco de câncer entre pacientes usando estatinas. Setoguchi, S., et al. (Circulation 2007;115:27-33) conduziram um estudo de coorte para avaliar os efeitos das estatinas na incidência de câncer de pulmão, colo-retal e de mama em uma grande população de idosos. Este estudo concluiu que o uso de estatinas não está associado com importantes reduções ou aumentos no risco de câncer nos idosos, no período médio de 2,9 anos (o maior tempo de seguimento foi de 8,4 anos). As estatinas não devem ser prescritas com o intuito de prevenir câncer. Estes achados sugerem que a prescrição de estatinas em idosos deva ser baseada apenas nas evidências de seus efeitos cardioprotetores e no conhecido risco de eventos adversos do que nos seus supostos efeitos sobre o câncer.