

INTRODUÇÃO

O implante de válvula aórtica transcater (TAVI) é uma terapia alternativa à cirurgia tradicional de troca valvar, sendo atualmente um tratamento consolidado para estenose aórtica em pacientes acima de 65 anos¹. Entretanto, no cenário de insuficiência aórtica, já foi considerada uma contra-indicação. Atualmente, a Diretriz Brasileira de Valvopatias considera TAVI para insuficiência aórtica com grau de recomendação IIb e nível de evidência C² para pacientes com risco cirúrgico proibitivo.

RELATO DE CASO

A.S.C., 77 anos, negro, IMC 23,84 kg/m², hipertenso, dislipidêmico, frágil, com amaurose bilateral e história familiar de doença coronariana, apresenta dispnéia evoluindo para os mínimos esforços nos últimos 6 meses. Ecocardiograma com válvula aórtica espessada e calcificada, determinando estenose aórtica moderada (gradiente médio de 30 mmHg, área valvar de 1,0 cm²), fração de ejeção de 56%, associada a regurgitação aórtica importante. Realizado cateterismo cardíaco com gradiente pico-a-pico de 40 mmHg e sem lesões obstrutivas à coronariografia.

Os escores de risco cirúrgicos são: STS de 1,245% e Euroscore II de 1,85%, considerados de baixo risco. Devido à idade e preferência do paciente, foi decidido em *Heart Team* pela terapia transcater.

Angiotomografia (angioTC) de aorta pré-procedimento identificou válvula tricúspide com área de ânulo aórtico de 380 mm², perímetro de 70,9 mm, diâmetros 26,0x18,1 mm, sem presença de cálcio no anel. O escore de cálcio da válvula era de 234 Agatston (Figuras 1 e 2). A altura de coronária direita para o anel era de 11,0 mm e a da coronária esquerda de 14,5 mm. O diâmetro médio dos seios de Valsalva era de 28,7 mm, a altura da junção sinotubular de 20,7 mm e o diâmetro médio da junção sinotubular de 27,8 mm. Os diâmetros de via de acesso eram favoráveis. Havia pouco cálcio da artéria femoral comum direita até a aorta e moderada tortuosidade iliofemoral.

Decidiu-se por implante de válvula balão expansível Myval 23 mm.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral, com ecocardiograma transesofágico e marcapasso provisório em veia subclávia esquerda. O acesso calibroso (*Python 14F*) foi a AFCD e o acesso secundário foi a radial direita. Realizado pré-fechamento com 2 *Perclose Proglide* cruzados. Implantada válvula *Myval 23 mm* com 1 mL a mais do que o volume nominal em seu balão de entrega (14,8 % de *oversize* pela área do anel) com sucesso, sem *leak* paravalvar, com gradiente médio foi de 9 mmHg e máximo de 15 mmHg (Figura 3). O procedimento teve duração total de 65 minutos e foram utilizados 110 mL de contraste.

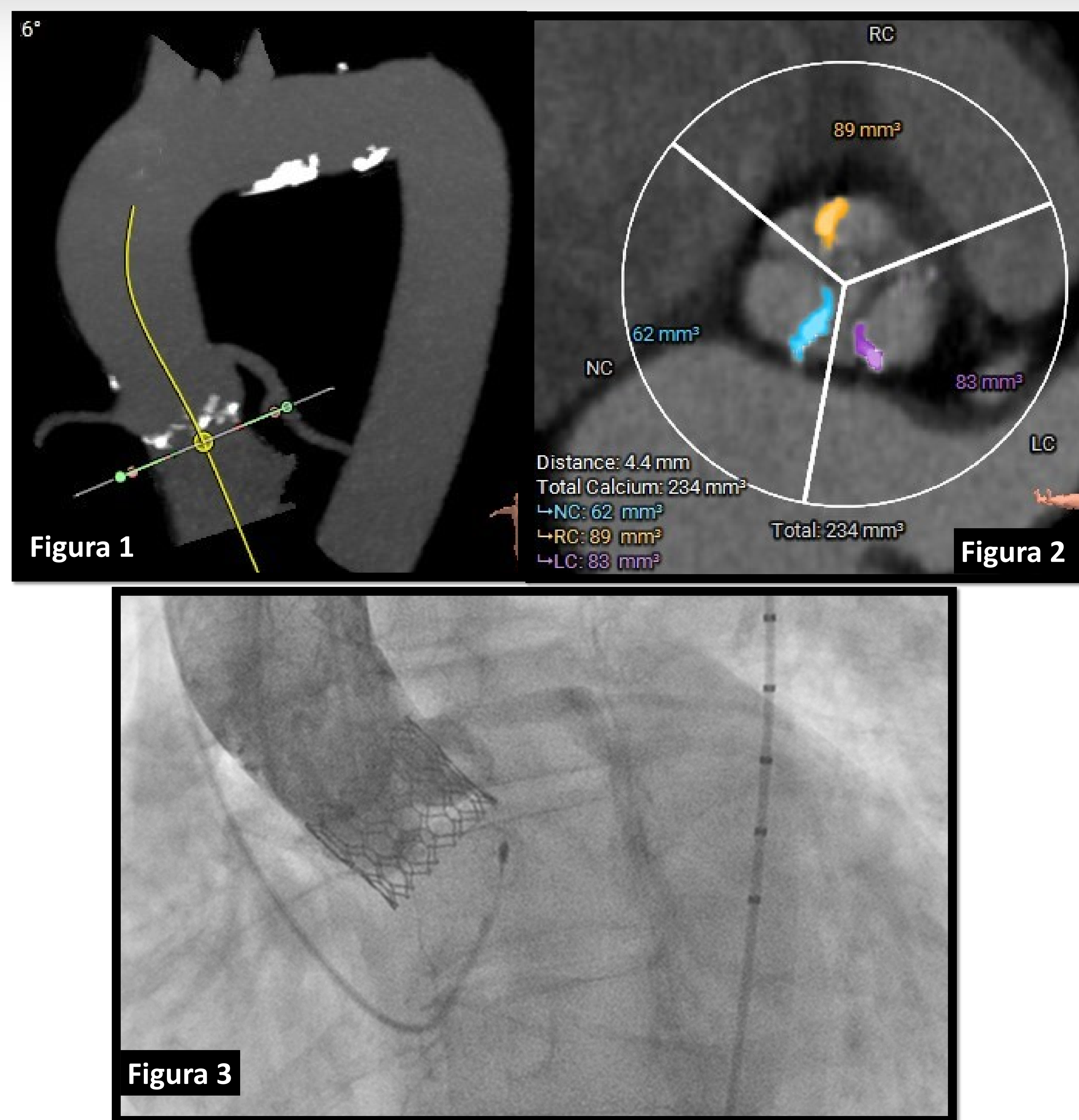


Figura 1 – AngioTC demonstrando calcificações do arco aórtico.

Figura 2 – AngioTC com demonstração do escore de cálcio. NC= seio não coronariano, RC= seio coronariano direito e LC= seio coronariano esquerdo.

Figura 3 – resultado final após implante de Myval.

O paciente teve alta hospitalar 72h após o procedimento, sem bloqueios, função renal normal, sem sangramentos ou outras complicações.

No seguimento de 4 meses após o procedimento, o paciente segue assintomático, com gradiente médio transvalvar de 14 mmHg, sem regurgitação, fração de ejeção de 67%.

DISCUSSÃO

Foi relatado um caso de TAVI em paciente idoso de baixo risco cirúrgico com insuficiência aórtica importante, com bom resultado imediato e de curto prazo.

Apesar de se tratar de um caso primariamente de insuficiência aórtica, havia estenose aórtica moderada, com pequena calcificação das cúspides (escore de cálcio de 234 Agatston), o que permitiu o implante sem realizar um *oversize* muito agressivo. Recomenda-se *oversize* de 5 a 10% em válvulas com estenose predominante e 15 a 20 % em insuficiência aórtica pura³. No caso relatado pudemos nos manter no limite inferior do recomendado (14,8%), reduzindo as chances de ruptura de anel.

Dessa forma, deseja-se desmistificar a TAVI no cenário de dupla lesão valvar com insuficiência aórtica dominante, desde que haja cálcio valvar. O caso relatado demonstra que é possível obter um resultado de excelência mesmo com lesão regurgitante.

Entretanto, a TAVI nesse cenário carece de evidências científicas robustas², como segurança e eficácia em curto e longo prazo, contrastando com a indicação por estenose aórtica¹.