

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. O implante percutâneo de válvula em posição mitral para disfunção de bioprótese mitral (*valve-in-valve* mitral - VIVm) já é uma possibilidade terapêutica abordada pela Diretriz Brasileira de Valvopatias, com nível de recomendação IIa e nível de evidência B². Iremos relatar um caso no qual foram realizados os dois procedimentos em um mesmo paciente.

RELATO DE CASO

J.O.M., 73 anos, sexo feminino, hipertensa, portadora de fibrilação atrial permanente com bloqueio de ramo esquerdo completo, submetida em 25/11/2021 a troca valvar mitral por estenose mitral reumática. No transoperatório, foi observada estenose aórtica grave. Foi implantada válvula Sorin 23 mm em posição mitral e devido a tempo prolongado de circulação extra-corpórea não foi abordada a estenose aórtica. A paciente evoluiu com classe funcional (CF) NYHA III apesar de tratamento clínico otimizado. Novo ecocardiograma (ECO) um ano após o implante evidenciou estenose aórtica grave e dupla disfunção da bioprótese mitral, com estenose grave, regurgitação moderada a grave e pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) de 45 mmHg. Não havia lesões à coronariografia.

Euroscore II de 9,48% (STS não contempla procedimento em 2 válvulas). Foi decidido em *Heart Team* pela terapia transcater devido a alto risco cirúrgico.

Angiotomografia (AngioTC) de aorta identificou válvula aórtica tricúspide com área de ânulo aórtico de 348 mm², perímetro de 67,4 mm, diâmetros de 21,6x19,9 mm e presença de cálcio moderado no anel. A altura de coronária direita era de 11,0 mm e a da coronária esquerda de 11,3 mm. Diâmetro médio dos seios de Valsalva era de 26,8 mm. Os diâmetros ílio-femorais eram favoráveis, com moderado cálcio e sem tortuosidade.

A área de nova via de saída de ventrículo esquerdo (VE) simulada após VIVm com uso de válvula Myval 24,5 mm era favorável (Figuras 1 e 2).

O tratamento transcater foi feito em 2 etapas, se iniciando pela TAVI, ambos sob anestesia geral, ECO transesofágico e marcapasso provisório. A TAVI foi realizada com punção bi-femoral guiada por ultrassonografia. Implantada válvula Myval 21,5 mm com volume nominal (4,7% de *oversize*), com *leak* paravalvar mínimo e gradientes médio de 3 mmHg e máximo de 5 mmHg.

8 dias após a TAVI, foi realizado o VIVm por via transseptal (veia femoral direita). ECO pré com a paciente anestesiada mostrou gradiente mitral máximo de 25 e médio de 16 mmHg, com insuficiência moderada a importante.



Figura 1

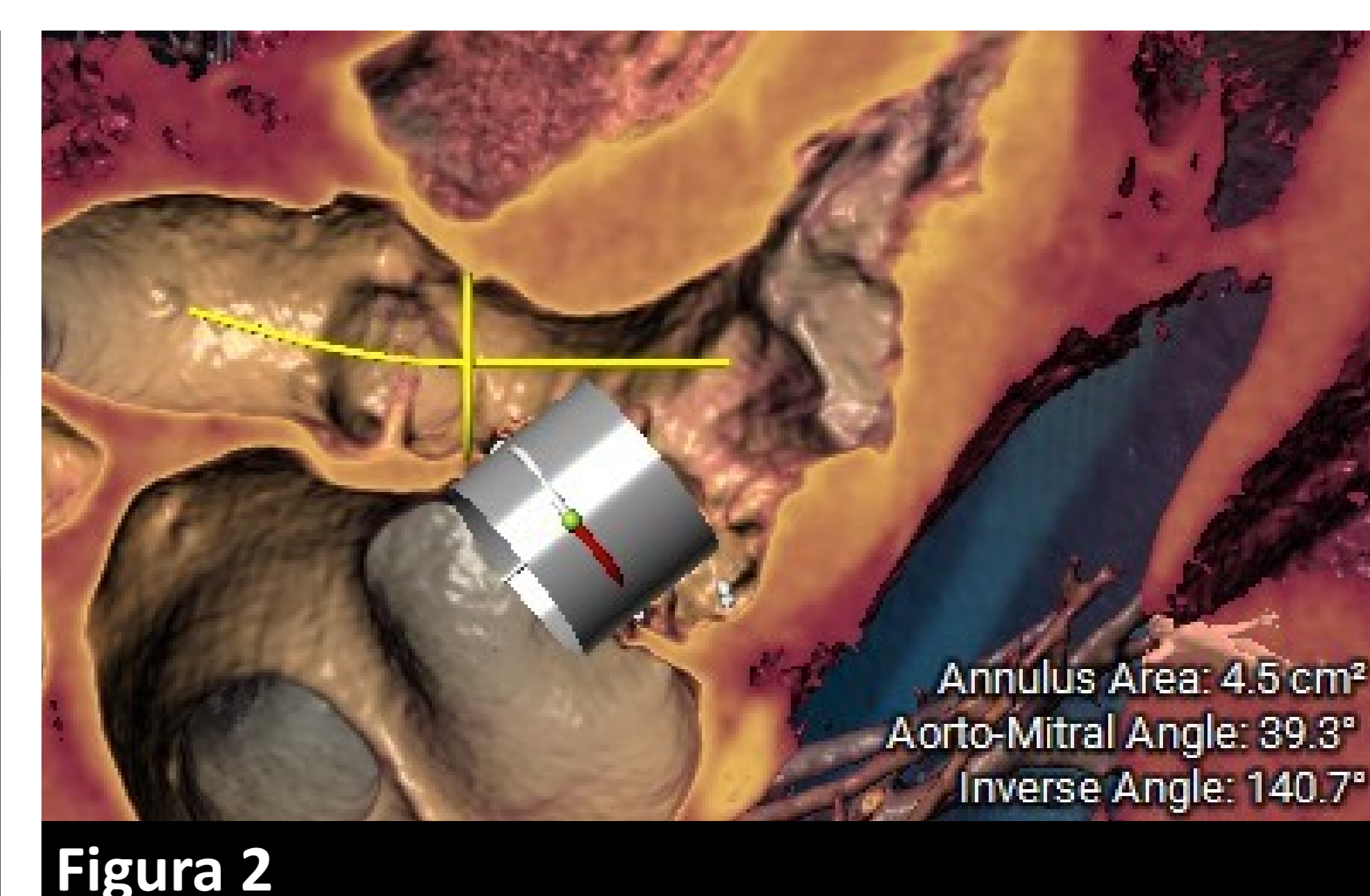


Figura 2

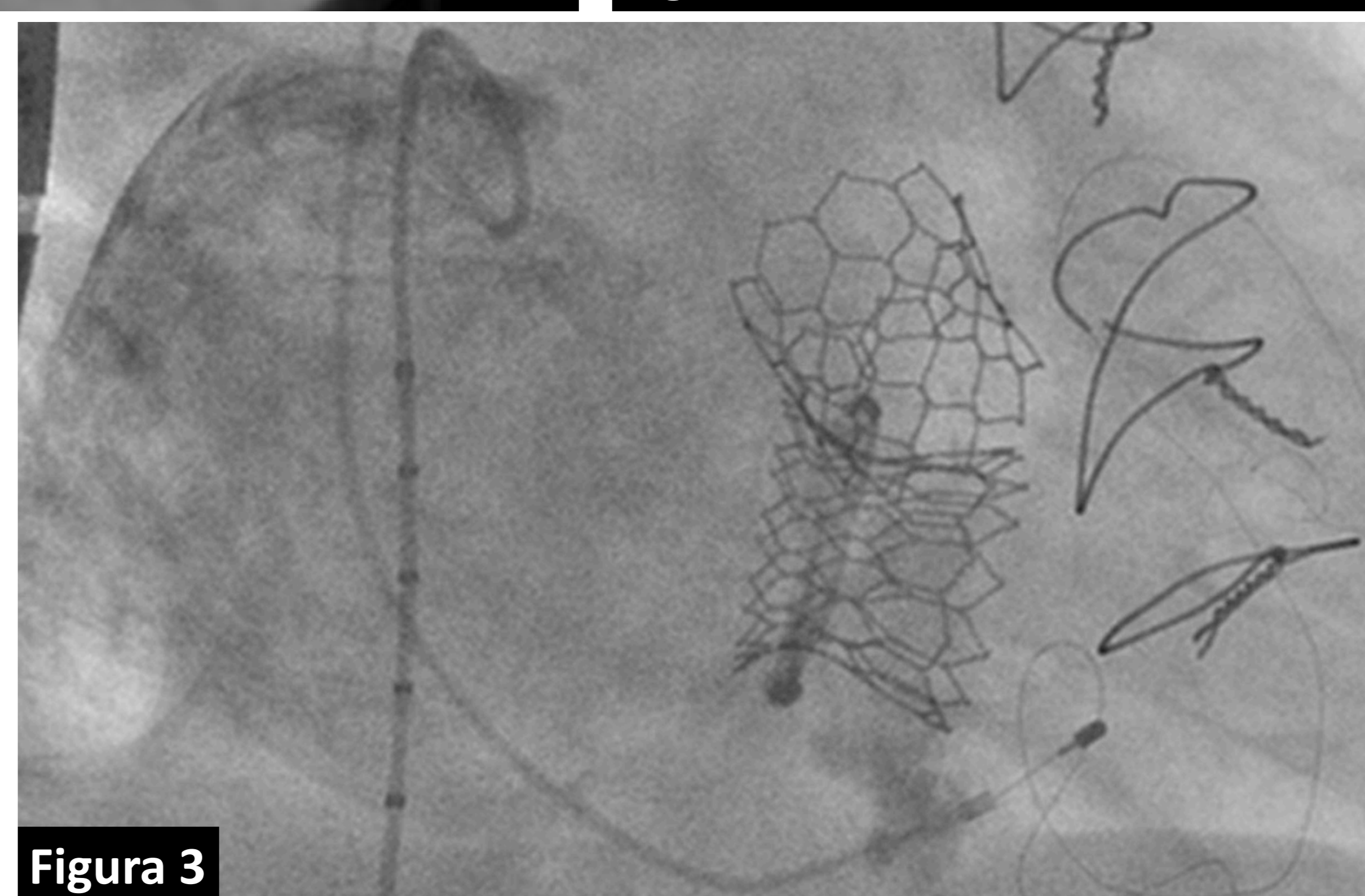


Figura 3

Figura 1 – AngioTC com simulação de implante mitral e cálculo de nova via de saída do VE.

Figura 2 – AngioTC reconstrução 3D do implante mitral.

Figura 3 – resultado final após TAVI e VIVm.

Implantada válvula Myval 24,5 mm em posição invertida, atingindo 6 atm (Figura 3). ECO transesofágico imediato com gradiente mitral máximo de 16 mmHg e médio de 9 mmHg, sem regurgitação. A comunicação interatrial (CIA) final foi considerada pequena, com shunt esquerda-direita. Alta hospitalar 7 dias após o procedimento, sem bloqueios, com função renal normal e sem sangramentos.

Seguimento clínico de 3 meses com a paciente em CF NYHA I. ECO 1 mês após a alta com gradiente médio aórtico de 7 mmHg, sem regurgitação; gradiente mitral médio de 7,5 mmHg, sem regurgitação; PSAP estimada em 16 mmHg e ausência de CIA.

DISCUSSÃO

Foi relatado um caso de doença multivalvar complexo, em paciente que evoluiu com falha de bioprótese cirúrgica mitral. A opção em *Heart Team* pela abordagem transcater dupla foi feita devido ao elevado risco cirúrgico.

A sequência de abordagem objetivou em aliviar primeiro a via de saída do VE, uma vez que o tratamento da doença mitral poderia sobrecarregar com volume um VE sob regime de pressão elevada.

O resultado clínico foi excelente, com melhora expressiva de classe funcional, em paralelo à resolução da hipertensão pulmonar. Esse caso ilustra as possibilidades transcater e fronteiras da Cardiologia Intervencionista.

A maior limitação do tratamento ofertado é o desconhecimento em relação a durabilidade do VIVm³, entretanto a solução cirúrgica deveria também sofrer esse escrutínio, já que nem sempre é duradoura como no caso relatado.