

INTRODUÇÃO

O implante de válvula aórtica transcaterter (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. Raramente, pode ocorrer insuficiência aórtica aguda após o implante imediato². Iremos ilustrar essa ocorrência e o tratamento.

RELATO DE CASO

L.R.S., 78 anos, sexo masculino, branco, IMC 26,2 kg/m², hipertenso, dislipidêmico, coronariopata com IAM em 2004, apresenta dispneia classe II de NYHA nos últimos 6 meses. Exibe sopro sistólico aórtico crescendo-decrescendo 3+/6+ com irradiação para carótidas. Ecocardiograma com estenose aórtica grave sem regurgitação: gradiente médio de 31 mmHg e máximo de 50 mmHg, com dificuldade de alinhamento do jato. Função sistólica normal. Área valvar de 0,45 cm²/m². Razão das velocidades entre a via de saída do VE e valva aórtica de 0,23. Gradiente pico-a-pico de 40 mmHg e sem lesões à coronariografia.

Os escores de risco para troca valvar são: STS de 1,620% e Euroscore II de 2,56%. Devido à idade e preferência do paciente, foi decidido em *Heart Team* por TAVI.

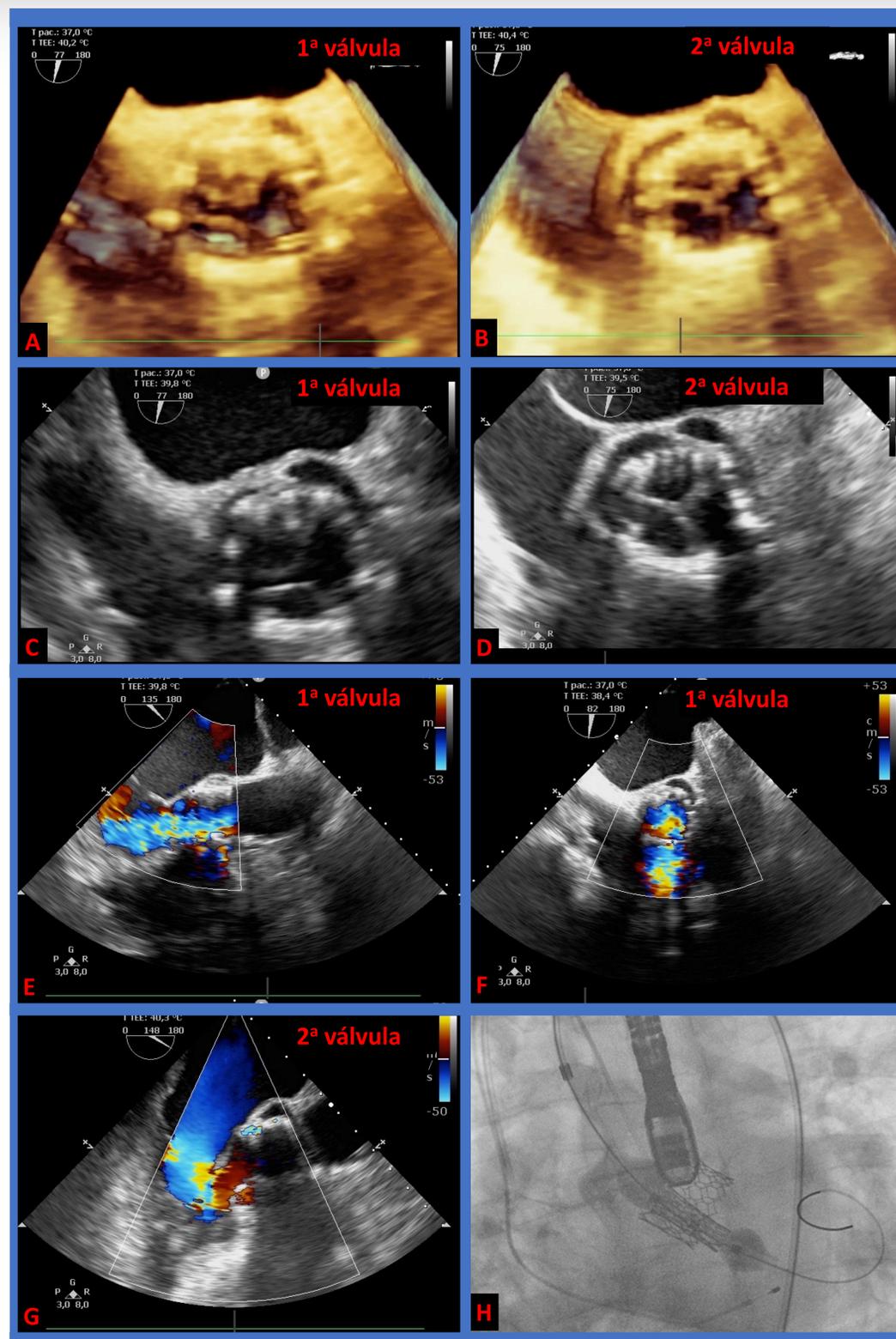
Angiotomografia de aorta com válvula tricúspide. Área de ânulo aórtico de 480 mm², perímetro de 79,4 mm, diâmetros 27,6x20,4 mm, sem cálcio no anel. Altura de coronária direita de 16,4 mm, de coronária esquerda de 14,9 mm e junção sino-tubular de 20,6 mm. Diâmetro médio dos seios de Valsalva de 33,6 mm. A via de acesso com diâmetros favoráveis, sem tortuosidade ou cálcio.

Decidiu-se por válvula balão expansível Myval 26 mm com volume nominal (10% de *oversize*).

O procedimento foi realizado sob anestesia geral, com ecocardiograma transesofágico (ECOTE), marcapasso provisório e acessos percutâneos em femoral e radial direitas.

Implantada válvula Myval 26 mm com sucesso. Entretanto, observado importante *leak* central. ECOTE observou um dos folhetos da prótese recém implantada sem movimentação. Realizada pós-dilatação com intuito de tentar “soltar” o folheto, sem sucesso. Implantada então 2ª prótese balão expansível Myval 26 mm com volume nominal, por dentro da recém implantada (TAVI-in-TAV). Após o implante, houve resolução da regurgitação com gradiente transvalvar médio de 2 mmHg e máximo de 5 mmHg.

O paciente teve alta hospitalar 8 dias após o procedimento pois foi implantado marcapasso definitivo por bloqueio atrioventricular total (BAVT). Foi notificado o fabricante quanto a um possível defeito de manufatura ou de crimpagem do dispositivo.



Figuras A, C, E e F – imagens após implante imediato da 1ª válvula, observada em 3D (Fig. A), 2D (Fig. C) e com regurgitação aórtica importante central, no eixo longo (Fig. E) e curto (Fig. F). Só é possível observar 2 folhetos da válvula.

Figuras B, D e G – imagens após TAVI-in-TAV, em 3D (Fig. B), 2D (Fig. D) e com resolução da regurgitação aórtica (Fig. G). É possível observar os 3 folhetos da válvula.

Figura H – imagem do TAVI-in-TAV propriamente dito.

DISCUSSÃO

Foi descrito um caso de TAVI-in-TAV recém implantada. Acreditamos ser o primeiro relato desse tipo de disfunção com o dispositivo Myval.

Destaca-se a importância do ECOTE, que pôde realizar o diagnóstico preciso e levar à terapia correta. A tentativa de “soltar” o folheto com uso de pós-dilatação não teve sucesso. Como a altura das coronárias era favorável, o implante foi feito sem medida adicional. É possível que a presença de dupla malha de stent tenha contribuído para o BAVT que o paciente apresentou.