

Leak Paravalvar

Já pensou em quando e como intervir?

O aparecimento de *Leak* paravalvar, ou refluxo paraprotético não é incomum na prática clínica, mas na grande maioria das vezes é graduado como discreto, sendo, portanto, subclínico, não apresentando impacto na morbimortalidade.

Apenas 3% dos pacientes que apresentam essa complicação evoluem com sintomas de IC e/ou de hemólise necessitando de intervenção. Basicamente existem 3 motivos para se pensar em intervir em um *Leak*:

- 1) Sintomas de IC ocasionados pelo refluxo;
- 2) repercussão hemodinâmica importante como queda da fração de ejeção e
- 3) hemólise clinicamente significativa.

A indicação de intervenção nesse grupo de pacientes é complexa, pois na maioria das vezes, trata-se de paciente com gravidade aumentada, elevados riscos cirúrgicos devido a intervenções prévias e o pior, muitos dos pacientes que se submetem a correção podem evoluir com novo *Leak*.

Um estudo interessante conduzido na *Mayo Clinic* em 2017 comparou os desfechos a curto e longo prazos comparando pacientes que apresentavam *Leak* com indicação de intervenção e se submetiam ou a reparo percutâneo ou a cirurgia convencional.

De forma resumida, foi visto que pacientes, principalmente com maior gravidade, poderiam ser submetidos a tentativa de reparação percutânea, respeitando-se as limitações anatômicas (*Leak* > 25% do anel valvar, múltiplos *Leak's*, difícil acesso pelos cateteres, etc.) e clínicas (endocardite ativa, prótese degenerada, etc.). O tratamento cirúrgico convencional traz maior taxa de obliteração do *Leak*, mas está associado a maior morbimortalidade.

Em geral, nos casos mais graves, pode-se tentar inicialmente o reparo percutâneo e em caso de insucesso, pode-se proceder nova tentativa (em até 50% isso ocorreu no referido estudo, tendo sucesso apenas em 70%). Após esgotarem-se as alternativas, discute-se a indicação de cirurgia convencional.

Interessante ressaltar que, para aqueles que apresentaram sucesso no procedimento (percutâneo ou cirúrgico), não houve diferença na mortalidade a longo prazo, mesmo sendo os grupos diferentes entre si. Apenas doença renal crônica, endocardite infecciosa ativa e doença mitral associada foram relacionadas a mortalidade a longo prazo.

Criam-se alguns apontamentos:

Não existem atualmente dispositivos específicos para esse tratamento percutâneo. São utilizadas próteses para fechamento de CIA (os famosos *Amplatzer*[®])

O sucesso da correção percutânea está intimamente relacionado às características anatômicas do *Leak*, bem como tipo de prótese e sua localização (posição aórtica costuma ter melhores resultados), que devem ser muito bem avaliadas por um ecocardiograma transesofágico 3D realizado por médico experiente. Na correção, pode-se adotar a via de acesso transapical ou transeptal, escolhidas individualmente caso a caso.

Muitas vezes uma correção percutânea ocorre com sucesso, mas após alguns meses a prótese se desloca e o paciente volta a apresentar sintomas. Também pode ocorrer uma flutuação no grau da hemólise, com períodos mais intensos e mais sintomáticos. O ideal é manter o controle com os seguintes exames laboratoriais:

- Hemoglobina (Reduz-se na hemólise)
- Reticulócito (Aumentado)
- DHL (Aumentado)

- Haptoglobina (baixa)
- Bilirrubina (aumentada às custas da fração indireta)

Anéis muito calcificados ou friáveis por diversas manipulações ou história de endocardite prévia, em geral evoluem com recidiva do quadro, independente se feito correção tradicional ou percutânea.

A decisão de qual procedimento realizar, portanto, deve ser feito após minuciosa análise do Heart Team institucional, avaliando-se os riscos do paciente e a experiência das equipes intervencionistas a disposição.

Literatura recomendada:

1) Alkhouli M, Rihal CS, Zack CJ, et al. Transcatheter and Surgical Management of Mitral Paravalvular Leak: Long-Term Outcomes. JACC Cardiovasc Interv. 2017 Oct 9;10(19):1946-1956.

2) Nietlispach F, Maisano F, Sorajja P, Leon MB, Rihal C, Feldman T. Percutaneous paravalvular leak closure: chasing the chameleon. Eur Heart J. 2016 Dec 14;37(47):3495-3502.