

Plastia de Tricúspide

Vai operar a IM e tem IT. O que você deve fazer?

Há tempos, dizíamos que o cirurgião deveria avaliar a valva tricúspide quando a correção da valva mitral seria realizada. Isso mudou e já existem evidências suficientes para indicar uma abordagem conjunta no mesmo tempo cirúrgico.

Diante de um paciente que tem a indicação de intervenção do lado esquerdo do coração, no pré-operatório o cardiologista já deve avaliar a valva tricúspide e decidir se haverá ou não intervenção nela. Isso não deve ficar para ser decidido no intra-operatório.

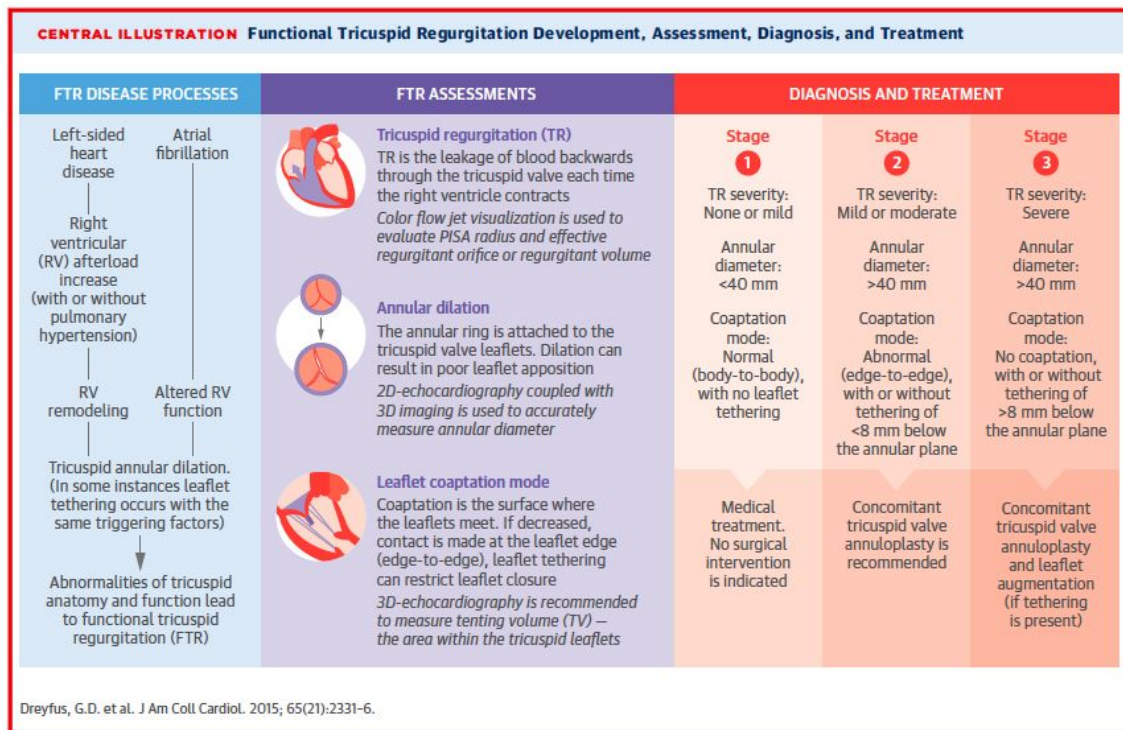
Então vem o questionamento: Quando intervir? e ainda, como intervir?

Os critérios de indicação estão bem estabelecidos. Diante de um anel tricúspide > 40mm (medida realizada pela janela apical 4 câmaras) e/ou diante de um grau de refluxo moderado ou superior deve-se corrigir essa valvopatia para evitar uma progressão futura e assim, não se deparar com a necessidade após 2-3 anos de ter que intervir isoladamente em uma insuficiência tricúspide.

E o que o cirurgião deveria fazer? Idealmente a indicação é plastia com anel rígido... Alguns cirurgiões acreditam que a técnica de DeVega ou mesmo DeVega modificada apresentam resultados semelhantes, mas isso não se comprova no acompanhamento a longo prazo. No caso de não haver disponibilidade do anel rígido, deve-se pensar em troca valvar com prótese biológica, já que a mecânica apresenta elevada incidência de eventos tromboembólicos nessa posição. Nada de “hemiplastia” (sic) ou “plastia frouxa para deixar um escape”.

Pacientes com elevados graus de hipertensão pulmonar não apresentam contraindicação a essa correção. O fato de haver hipertensão pulmonar apenas traz para o paciente um prognóstico de sobrevida pior do que aqueles que não apresentam esses níveis de pressão. Única consideração que deve ser feita é diante do paciente com disfunção sistólica do VD de grau importante e hipertensão arterial pulmonar importante. Nesse caso, não devemos realizar a intervenção tricuspídea diante da morbimortalidade elevada no POI.

Pacientes com fibrilação atrial crônica e que não fazem a correção conjunta ou que a fazem, mas com as técnicas descritas acima, fora o anel rígido, costumam ter evolução dramática para recorrência de refluxo importante e progressão para disfunção sistólica do VD de grau avançado.



Literatura Recomendada:

1 - Dreyfus GD, Martin RP, Chan KM, et al. Functional tricuspid regurgitation: a need to revise our understanding. J Am Coll Cardiol. 2015 Jun 2;65(21):2331-6.

2 - Chikwe J, Itagaki S, Anyanwu A, et al. Impact of Concomitant Tricuspid Annuloplasty on Tricuspid Regurgitation, Right Ventricular Function, and Pulmonary Artery Hypertension After Repair of Mitral Valve Prolapse. J Am Coll Cardiol. 2015 May 12;65(18):1931-8.