

Fibrilação atrial na Valvopatia

Sabe definir a expressão FA valvar?

Com o surgimento dos anticoagulantes de ação direta, os DOAC's, descobrimos que alguns grupos de pacientes portadores de FA apresentavam fenômenos tromboembólicos em maior frequência do que se estivessem usando os antagonistas da vitamina K, representado pela varfarina. Eram pacientes portadores de estenose mitral reumática ou portadores de próteses valvares, principalmente mecânicas. De forma inicial, pacientes que tinham lesão valvar concomitante, foram chamados de portadores de FA valvar e deveriam, portanto, em caso de indicação de anticoagulação, usar os antagonistas da vitamina K.

Como o passar dos anos e a maior experiência com esse grupo de medicamentos, alguns médicos começaram a prescrever DOAC's para portadores de estenose aórtica, insuficiência aórtica e até insuficiência mitral e inicialmente esses indivíduos pareciam não apresentar complicações diferentes dos usuários de varfarina. A explicação para isso seria que essas valvopatias não levariam a uma estase sanguínea no interior do átrio esquerdo, portanto não sendo um grupo com maior risco de formação de trombos. Diante disso, uma diversidade de publicações mais recentes retirou essas valvopatias da classificação de FA valvar, limitando-se apenas a estenose mitral (quase sempre reumática) e presença de próteses valvares.

Sobre a bioprótese valvar, cabem alguns comentários. Os primeiros três meses apresentam maior incidência de trombose, principalmente em estruturas como hastes no anel e tecido de dacron, pois não houve tempo para uma adequada endotelização desses materiais. A troca valvar mitral é mais relacionada a ocorrência de fibrilação atrial nessa fase inicial e, portanto, apresenta maior risco para esses eventos. Diante disso é indicada a anticoagulação com varfarina nos primeiros três meses de troca valvar biológica mitral. Para a posição aórtica, não há tanta evidência que apoie essa anticoagulação, visto menor ocorrência de fenômenos tromboembólicos. Também, atualmente, não está autorizado o uso dos DOAC's nessa fase, pois desconhece-se o real efeito protetor diante de uma trombogenicidade aumentada.

O AAS é rotineiramente utilizado naqueles que não usam a varfarina, mas a indicação para tal se baseia em trabalhos antigos, com número reduzido de pacientes, sendo a manutenção dessa droga a longo prazo ainda motivo de dúvidas.

Recentemente com a disseminação do implante transcater de prótese aórtica (TAVI), surgiram questionamentos sobre o uso de anticoagulação nesse grupo de pacientes. Rotineiramente esses indivíduos recebem AAS e clopidogrel por pelo menos 3 meses após o procedimento, mantendo-se apenas 1 após esse prazo. Em caso de existência de FA nesses pacientes, as diretrizes atuais recomendam o uso de varfarina associada a apenas 1 dos antiagregantes, sem indicar o uso de DOAC's, embora na prática diária acabamos por ver essa associação.

A denominação entre FA valvar e não-valvar não traz relevância quanto ao comportamento fisiológico da arritmia e parece também não ser muito específica quanto ao manejo do tratamento anticoagulante, devendo ser muito em breve revista para outra denominação mais apropriada.

Atualmente o que temos é:

- o Estenose mitral reumática ou presença de prótese valvar indica-se o uso da varfarina;
- o Outras lesões valvares, principalmente de intensidade discreta até moderada, parece não haver maior ocorrência de eventos com o uso dos DOAC's;
- o Indivíduos com risco elevado para fenômenos tromboembólicos ou com lesões valvares importantes devem ter seu caso visto individualmente e ainda carecemos de estudos robustos sobre essas situações;
- o Estão em andamento uma série de estudos que tratam do uso dos DOAC's em pacientes portadores de sequela reumática e/ou próteses valvares biológicas. Em breve devemos ter novidades sobre as indicações desses anticoagulantes.

Literatura Recomendada:

- 1) Fauchier L, Philippart R, Clementy N, et al. How to define valvular atrial fibrillation? Arch Cardiovasc Dis. 2015 Oct;108(10):530-9.