

# **Ressincronização Cardíaca e Insuficiência Mitral**

## **A IM melhora após a CRT?**

Uma parte considerável dos pacientes portadores de miocardiopatias quaisquer apresentam algum grau de regurgitação mitral funcional associada. Além de dificultar o manejo do controle volêmico desses pacientes, pois há uma situação de elevada pré-carga crônica, muitas publicações correlacionam o grau da regurgitação mitral com mortalidade e recorrência de internações por IC descompensada.

Após uma adequada otimização terapêutica, o cardiologista está diante da possibilidade de lançar mão de terapias alternativas para o tratamento da insuficiência cardíaca, como a terapia de ressincronização cardíaca (CRT). O objetivo desse texto não é discutir as indicações do implante de um ressincronizador, mas sim seu efeito e impacto prognóstico na insuficiência mitral.

A melhora do grau da regurgitação mitral após o implante do ressincronizador está claramente relacionado à melhora do prognóstico nesse grupo de pacientes. Diante disso, fica o questionamento: Quais os pacientes que devem responder com melhora?

Alguns dos critérios que apresentam correlação com resposta positiva ao CRT são os mesmos que apontam melhor prognóstico nos pacientes portadores de IM secundária e submetidos ao implante de Mitraclip. Cavidades ventriculares muito dilatadas apresentam menor resposta à CRT do que àqueles em estágios não tão avançados. O mesmo ocorre quanto ao “tethering”, que é o tracionamento dos folhetos da valva mitral. Quanto mais tracionados, maior o grau de refluxo residual após a CRT. Folhetos que apresentam falha de coaptação indicam que os pacientes provavelmente serão maus respondedores à terapia. De forma análoga, o distanciamento dos músculos papilares também aponta para pior prognóstico evolutivo, muito provavelmente por apresentar maior tração do aparato valvar mitral.

A correta indicação de CRT leva a uma remodelação ventricular esquerda reversa com aproximação dos músculos papilares, melhora na superfície de coaptação

dos folhetos e, por conseguinte, redução no grau da IM. Esses pacientes apresentam melhora nos valores de fração de ejeção e também da classe funcional da NYHA.

Algumas publicações avaliam diretamente o diâmetro do anel mitral para avaliar a resposta da CRT no grau da IM. De fato, a redução nas medidas do anel mitral sinaliza uma possibilidade de melhor coaptação dos folhetos e nesse ponto, uma comorbidade frequentemente associada às miocardiopatias leva a um pior prognóstico evolutivo, a fibrilação atrial.

Pacientes portadores de FA permanente formam um grupo de pacientes que apresentam pior resposta a CRT. Um grupo de Leiden publicou na Heart Rhythm um estudo com mais de 400 pacientes submetidos a CRT. Na avaliação evolutiva do grau da IM, viu-se que àqueles portadores de FA apresentavam-se com graus maiores de refluxo e em classes mais elevadas da NYHA. No entanto, parâmetros ventriculares como distância dos músculos papilares, diâmetros cavitários e fração de ejeção apresentavam melhora, mesmo no grupo “não respondedor”, demonstrando que o efeito da FA no anel mitral tem impacto direto em piorar o prognóstico evolutivo.

Em conclusão, a CRT leva a efeitos favoráveis na geometria ventricular esquerda, e por conseguinte, na dinâmica da coaptação dos folhetos da valva mitral. A presença de fibrilação atrial está associada a menor resposta favorável, muito provavelmente pelo impacto no anel mitral.

#### Literatura recomendada:

1 - van der Bijl P, Vo NM, Leung M, et al. Impact of atrial fibrillation on improvement of functional mitral regurgitation in cardiac resynchronization therapy. Heart Rhythm. 2018 Dec;15(12):1816-1822.

2 - Brzezińska B, Łoboz-Grudzień K, Wita K, et al. Predictors of functional mitral regurgitation improvement during a short-term follow-up after cardiac resynchronisation therapy. Kardiol Pol. 2016;74(7):665-73.

3 - Mihos CG, Yucel E, Capoulade R, et al. Impact of cardiac resynchronization therapy on mitral valve apparatus geometry and clinical outcomes in

patients with secondary mitral regurgitation. *Echocardiography*. 2017  
Nov;34(11):1561-1567.