

A prótese degenerou e o paciente é de alto risco

Conhece o Valve-in-Valve?

As últimas postagens trataram da degeneração de biopróteses devido a diversos fatores. Muitas das vezes, ao fazer o diagnóstico, o cardiologista fica com uma situação complexa para manejar, pois pode tratar-se de um paciente de alto risco cirúrgico, muito sintomático e com uma bioprótese degenerada em alto grau.

Com o desenvolvimento do TAVI, surgiu uma nova abordagem a pacientes de alto risco cirúrgico e em 2007 foi realizado o primeiro implante de uma prótese transcater dentro de uma bioprótese degenerada, o chamado Valve-in-Valve (ViV).

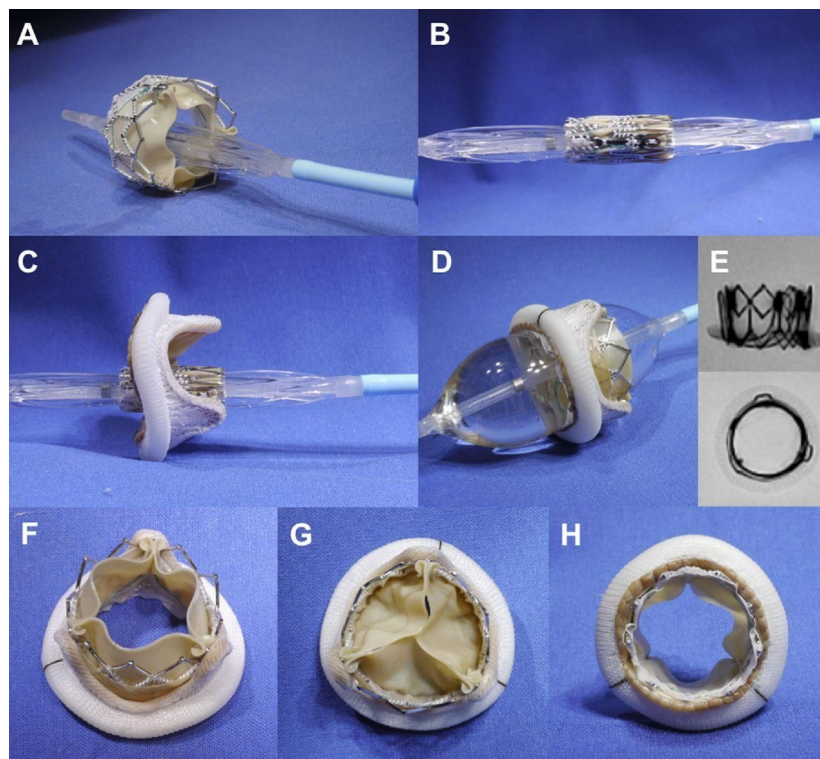
A grande maioria dos registros que tratam do assunto mostram se tratar de uma população de idade avançada, com elevados escores de risco cirúrgicos e diversas comorbidades, mas o implante, quando bem indicado, mostrou ser capaz de melhorar sintomas, qualidade de vida e longevidade.

O tipo exato de bioprótese no paciente interfere também no resultado do ViV. Próteses stentless, ou seja, sem o anel, apresentam melhores resultados hemodinâmicos de gradiente, mas podem ocasionar maior dificuldade de posicionamento, pois são menos visíveis à fluoroscopia. Próteses pequenas e que já apresentavam mismatch geralmente apresentam elevados gradientes após o procedimento com impacto direto nos resultados como sintomas e mortalidade. A prótese transcater escolhida também pode interferir nesse resultado, pois as auto-expansíveis trazem menores gradientes no acompanhamento. No entanto, na posição mitral, muitas vezes é possível apenas implantar uma prótese balão expansível devido a topografia a ser tratada.

Uma técnica utilizada por alguns hemodinamicistas para tentar melhorar os resultados hemodinâmicos é tentar fraturar a bioprótese com balão antes de implantar o ViV. Algumas biopróteses apresentam orientações de pressão para ruptura de seu anel rígido sem que leve a lesões próximas, no entanto, existem relatos de complicações como ruptura de anel aórtico associado e embolização de fragmentos levando a AVC.

A complicação mais temida de um ViV em posição aórtica, é a obstrução coronariana. Próteses com implantação mais elevada dos folhetos tem maior propensão a essa grave complicação que aumenta drasticamente a mortalidade nos primeiros 30 dias. Já na posição mitral, a complicação mais temida é a obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. Para ambas as situações, a reconstrução pela tomografia computadorizada pode ser útil ao predizer o risco de complicações nesses casos.

Parece que próteses implantadas como ViV desenvolvem maior incidência de trombose dos folhetos, levantando a discussão do regime de anticoagulação nesses pacientes, visto que muitos são de alto risco para sangramento. No entanto, ainda carecemos de largas coortes para ter uma opinião definitiva sobre o assunto.



Literatura recomendada:

- 1) Simonato M, Dvir D. Transcatheter aortic valve replacement in failed surgical valves. *Heart*. 2019 Mar;105(Suppl 2):s38-s43.
- 2) Webb JG, Murdoch DJ, Alu MC, et al. 3-Year Outcomes After Valve-in-Valve Transcatheter Aortic Valve Replacement for Degenerated

Bioprostheses: The PARTNER 2 Registry. J Am Coll Cardiol. 2019 Jun 4;73(21):2647-2655.