

Classificação de Carpentier na IM

Ela traz alguma vantagem na condução do caso?

A valva mitral é de extrema complexidade, sendo que qualquer interferência, tanto em seus folhetos e cordoalhas, quanto nas estruturas de sustentação adjacentes, pode levar a diversos graus de disfunção e conseqüentemente diversos graus de refluxo.

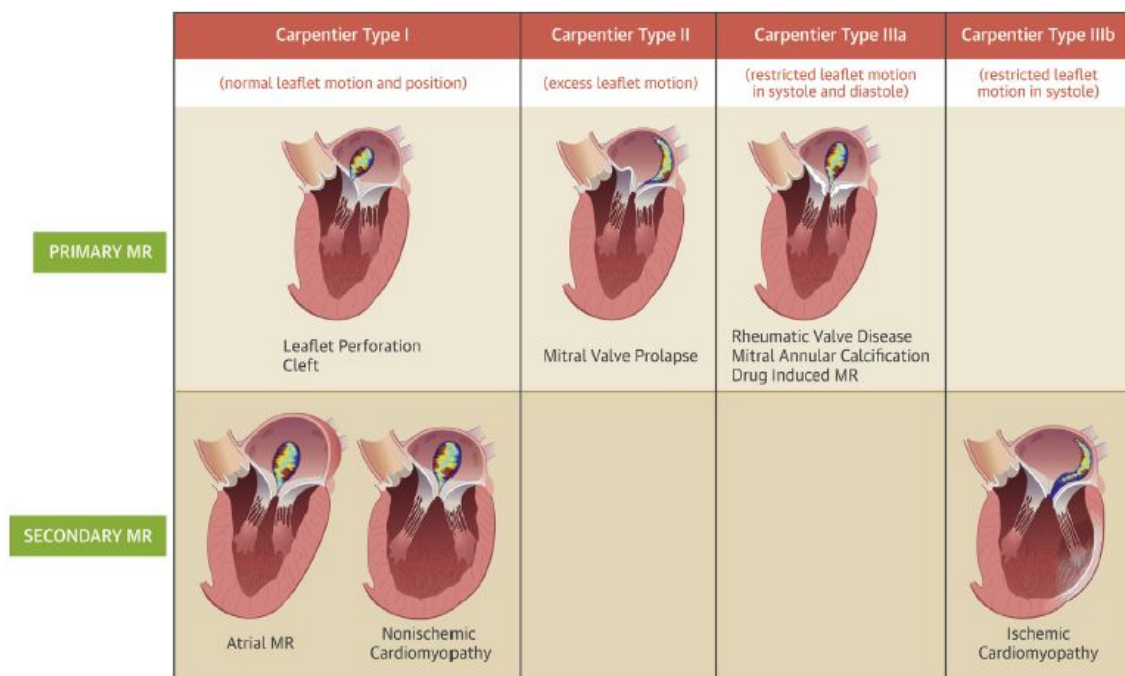
Pacientes que apresentam avançados graus de refluxo fazem o ventrículo esquerdo conviver com uma elevada pré-carga crônica e uma pós-carga reduzida, pois o trabalho desempenhado pelo miocárdio para ejetar o sangue na aorta e no átrio esquerdo (baixa pressão) é menor do que para ejetar todo o sangue na aorta. Diante disso, em casos de etiologia primária da IM, a adequada intervenção no momento adequado pode trazer excelente prognóstico a longo prazo. Assim, identificar adequadamente a etiologia, quantificar e classificar para, além de indicar, propor a técnica correta para correção, passa a ser de fundamental importância na avaliação ecocardiográfica desses indivíduos.

Pacientes com IM primária compõem um espectro de doenças diversas, como degeneração mixomatosa, evoluindo com prolapso (casos extremos como a doença de Barlow), acometimento reumático, degeneração calcífica (MAC), endocardite e traumática são casos de indicação mais clara de intervenção em caso de sintomas ou repercussão hemodinâmica. A história natural dos pacientes com IM primária não tratados de forma invasiva mostra péssimos resultados ao longo dos anos. Há inexorável evolução para dilatação de cavidades esquerdas, com perda de função sistólica e maior grau de refluxo mitral (IM atrai IM).

Uma ferramenta muito útil, tanto no diagnóstico, como na classificação e na proposta de tratamento cirúrgico, é a classificação de Carpentier. Inicialmente o paciente é dividido entre etiologia primária e secundária (falaremos mais adiante).

O tipo I primário é o acometimento exclusivo do folheto, sem alteração de seu tamanho ou mobilidade, muito comum em acometimento de fendas congênitas ou endocardite. O tipo II é o excessivo movimento do folheto, característico da doença do

prolapso da valva mitral. O tipo III é definido pela limitação da mobilidade dos folhetos e se divide em “a” e “b”; o “a” é por acometimento reumático e o tipo “b” de etiologia funcional secundária especificamente a doença isquêmica, ou seja, tração das cordas. Já que começamos a falar da etiologia secundária (funcional), nos resta falar da tipo I funcional, causada pela dilatação excessiva do anel mitral e átrio esquerdo ou por tração dos folhetos de origem não isquêmica.



A importância dessa classificação fica demonstrada no ponto em que já podemos encontrar recomendações para intervenção em situações diferentes dos expostos nos guidelines. Por exemplo, pacientes estágio C1 da AHA com insuficiência mitral poderiam ser submetidos a correção cirúrgica em centros de alta expertise caso sejam classificados como Carpentier I ou II, ou seja, com elevadíssima taxa de sucesso na plastia. Pacientes Carpentier IIIa, em geral, tem a plastia como terapia alternativa e o implante de uma prótese de forma precoce pode trazer malefícios ao paciente.

Literatura Recomendada:

- 1) El Sabbagh A, Reddy YNV, Nishimura RA. Mitral Valve Regurgitation in the Contemporary Era: Insights Into Diagnosis, Management, and Future Directions. JACC Cardiovasc Imaging. 2018 Apr;11(4):628-643.

