

## Plástica da Valva Mitral em Pacientes Reumáticos Jovens

### Mitral Valve Repair in Young Rheumatic Patients

Pablo Maria Alberto Pomerantzeff<sup>1</sup>

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil

Unidade Cirúrgica de Cardiopatia Valvar – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Preditores de Desfecho Desfavorável em Crianças e Adolescentes Submetidos à Valvoplastia Mitral Cirúrgica Secundária a Cardiopatia Reumática Crônica*

A plástica da valva mitral apresenta excelentes resultados imediatos e tardios em pacientes jovens com doença valvar resultante de cardiopatia reumática crônica, como os relatados no artigo de Cruz et al.,<sup>1</sup> nesta edição.

Há um consenso na literatura sobre a menor morbidade e mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia de reparo mitral em relação à troca valvar, mas não há uniformidade nos resultados da reconstrução valvar mitral em pacientes com lesões decorrentes de febre reumática, talvez devido à recorrência de novos episódios reumáticos na evolução desses pacientes.<sup>2</sup>

No trabalho de Cruz et al.,<sup>1</sup> os autores relatam que o tempo de uso da droga vasoativa é um preditor independente para desfechos desfavoráveis no pós-operatório imediato e tardio, enquanto a insuficiência mitral residual foi associada à reoperação e ambas a insuficiência tricúspide e a hipertensão pulmonar foram associadas a desfechos desfavoráveis. Devemos considerar alguns pontos. A cirurgia de insuficiência valvar mitral em pacientes reumáticos deve ser realizada do ponto de vista anatômico quando ainda existe um folheto anterior maleável, no momento adequado, nem precoce nem tardio, para que a cirurgia seja realizada antes do desenvolvimento de hipertensão pulmonar e insuficiência tricúspide, embora se saiba que muitos pacientes só procuram atendimento nos estágios avançados da doença.

Como relatado em nosso estudo,<sup>2</sup> a reconstrução valvar exige do cirurgião um conhecimento perfeito da anatomia

e da multiplicidade das técnicas existentes. Além disso, uma avaliação das cúspides, do anel valvar mitral, das cordas tendíneas e dos músculos papilares deve ser realizada de forma sistemática durante a cirurgia. A cirurgia deve ser realizada com acompanhamento EcoDopplercardiográfico transesofágico.

Quando a cúspide anterior está espessada e há uma insuficiência mitral significativa, é tecnicamente possível corrigir o refluxo através de técnicas reconstrutivas, mas essa válvula provavelmente se tornará estenótica devido à restrição de movimento causada pelo espessamento do folheto anterior da valva mitral, prejudicando sua abertura.

Outros detalhes anatômicos são importantes. A válvula mitral normal apresenta uma zona de coaptação entre os folhetos anterior e posterior, em torno de 6 a 8 mm, a qual devemos buscar na realização de uma cirurgia de reparo da válvula mitral, pois essa coaptação adequada favorecerá uma boa evolução a longo prazo.

Esta coaptação é facilmente comprovada no período intraoperatório, durante a circulação extracorpórea com o coração parado, realizando o teste da solução salina com o enchimento do ventrículo esquerdo, tornando a valva mitral competente após a sua correção e o uso de azul de metileno na linha atrial de coaptação. Além desta boa coaptação, uma plástica mitral bem sucedida deve apresentar uma área valvar adequada após o procedimento, sem causar estenose.

Não devemos esquecer que a proteção do miocárdio na cirurgia cardíaca é fundamental. Se essa proteção for realizada adequadamente e obtivermos uma boa reconstrução da valva mitral, confirmada por ecocardiografia em um paciente com boa função ventricular pré-operatória, a necessidade de drogas vasoativas no pós-operatório imediato certamente será menor.

Diversos estudos<sup>3</sup> mostraram uma relação direta com bons resultados, ou seja, a durabilidade do reparo e o volume de reparos mitrais realizados por um determinado serviço.

Sem dúvida, o cirurgião cardiovascular interessado na reconstrução da valva mitral deve acompanhar por algum tempo uma instituição que rotineiramente utiliza essa técnica.

### Palavras-chave

Cardiopatias Congênitas; Insuficiência da Valva Mitral/cirurgia; Hipertensão Pulmonar; Reoperação; Cardiopatia Reumática.

**Correspondência:** Pablo Maria Alberto Pomerantzeff •

InCor HCFMUSP Avenida Dr. Eneas Carvalho de Aguiar, 44 - Cerqueira Cesar - CEP 05403-000, São Paulo, SP – Brasil  
Email: dcipablo@incor.usp.br

DOI: 10.5935/abc.20190215

### Referências

1. Cruz RCC, Cordeiro BS, AMT. Santos FS, Fernandes C, Gama JMA, Ladeia AMT. Preditores de desfecho desfavorável em crianças e adolescentes submetidos à valvoplastia mitral, cirurgia secundária a cardiopatia reumática crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4):748-756.
2. Pomerantzeff PMA, Brandão CM de A, Leite Filho OA, Guedes MAV, Silva MF da, Grinberg M, et al. Mitral valve repair in patients with rheumatic mitral insufficiency. Twenty years of techniques and results. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(4):485-9.
3. Chikwe J, Toyoda N, Anyanwu AC, Itagaki S, Egorova NN, Boateng P, et al. Relation of mitral valve surgery volume to repair rate, durability, and survival. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(19):2397-406



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons