

Procedimentos de Valvotomia Mitral Percutânea Repetidos: Mais Uma Vez a Escolha Certa

Ver artigo relacionado
na página 169

Ted Feldman¹

Gomes et al.¹, em artigo publicado nesta edição da **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, descrevem a experiência de vários anos com um segundo e um terceiro procedimentos de valvotomia mitral percutânea. Esse trabalho merece destaque, uma vez que, para se conseguir uma experiência significativa de pacientes submetidos a novos procedimentos, há necessidade de uma população constituída por grande número de indivíduos. Esses autores analisaram mais de 1.500 procedimentos de valvotomia mitral percutânea, e em 90 desses pacientes foi necessária a realização de segunda e/ou terceira dilatação.

Os resultados são surpreendentes no que se refere a um aspecto importante. Os pacientes submetidos a mais de um procedimento eram mais jovens que os submetidos a apenas um procedimento. Os autores atribuem esse fato à maior probabilidade de novos episódios de doença reumática nesse grupo mais jovem, o que ressalta a importância da instituição de profilaxia para febre reumática em pacientes mais jovens submetidos a valvotomia mitral percutânea².

Aproximadamente 6% da população total foi submetida a um novo procedimento de valvotomia mitral percutânea. Esse dado é compatível com outros relatos, em que 5% a 15% dos pacientes tratados retornaram para repetição da valvotomia mitral percutânea na primeira década após o procedimento inicial³⁻⁸. Essa proporção relativamente pequena decorre, em parte, do grande sucesso do procedimento na maioria dos pacientes, que conseguem resultado duradouro, e da natureza da doença progressiva, em que muitos dos pacientes que retornam apresentam doença valvar ou regurgitação mitral progressiva com necessidade de cirurgia como segundo procedimento. No estudo em avaliação não é determinada a proporção de pacientes efetivamente submetida a cirurgia durante o período de acompanhamento.

Várias técnicas de dilatação foram utilizadas nos dois grupos de pacientes (duplo-balão convencional, balão único de Inoue e comissurótomo metálico de Cribier), sendo a técnica do duplo-balão utilizada também com a técnica de guia único (sistema *Multi-Track*). Há vários relatos apresentando resultados semelhantes, independentemente da técnica ou do tipo de balão utilizados para realizar a valvotomia mitral percutânea⁹. A variedade de abordagens nesse estudo, portanto, não tem impacto relevante nas conclusões ou nos resultados. Pode-se afirmar que, independentemente do método de realização, incluindo-se as abordagens cirúrgicas, a comissurotomia é sempre uma comissurotomia.

A durabilidade do procedimento é bem caracterizada no grupo de pacientes submetidos a apenas uma dilatação (grupo B), com tempo médio de aproximadamente 10 anos até o desenvolvimento da primeira reestenose. É interessante observar que, no grupo de pacientes submetidos a mais de um procedimento (grupo A), o tempo até a primeira reestenose foi de aproximadamente 5 anos, e que a durabilidade com um segundo e um terceiro procedimentos de dilatação foi semelhante à obtida pelos pacientes do grupo B. A estratégia de repetição das dilatações, portanto, é útil para adiar a necessidade de tratamento cirúrgico pelo maior tempo possível, o que reforça as conclusões dos autores de que a estratégia de múltiplas dilatações é positiva.

Os autores observam, no segundo parágrafo da introdução do artigo, que a anatomia da válvula geralmente é avaliada pelo escore de Wilkins¹⁰. O escore é um sistema de classificação impreciso para caracterizar o grau de deformidade da válvula e tem sido utilizado como ferramenta subjetiva para a tomada de decisão na seleção de pacientes para valvotomia mitral percutânea. Esse uso do escore é inadequado. Como observam os autores, o uso do escore é importante

¹ Evanston Hospital – Divisão de Cardiologia, Evanston, IL, Estados Unidos.

Correspondência: Ted Feldman. Evanston Hospital, Cardiology Division – Walgreen Building – 3rd Floor – 2650 Ridge Avenue – Evanston, IL, USA – 60201

E-mail: tfeldman@northshore.org

Recebido em: 16/6/2009 • Aceito em: 16/6/2009

para fins prognósticos, mas é apenas uma de muitas variáveis utilizadas para se decidir a respeito da realização da valvotomia mitral percutânea. Escores maiores que 8 são caracterizados, em muitos artigos, como a causa de maus resultados. Essa é uma avaliação incorreta da ampla literatura disponível sobre esse assunto. Está claro que os pacientes com escores maiores que 8, e, portanto, com maior deformidade da válvula, tendem a ser mais idosos, a ter mais comorbidades e a ter mais hipertensão pulmonar. Seus resultados não são tão bons quanto os dos pacientes com escores menores que 8, mas isso também é válido se esses pacientes mais idosos, com maior número de complicações e apresentando mais doenças forem submetidos a cirurgia para substituição da válvula como primeira medida¹¹⁻¹³. A valvotomia mitral percutânea, portanto, é segura na maioria dos pacientes com estenose mitral predominante, independentemente do escore ecocardiográfico. Muitos dos pacientes idosos permanecerão assintomáticos por vários anos após a realização do procedimento, com muito pouca morbidade, ficando preservada a opção pela cirurgia.

É importante observar que pode haver melhora da hipertensão pulmonar, de forma que, se houver necessidade de cirurgia, esses pacientes terão menor risco ao realizar a intervenção para substituição da válvula.

Em resumo, o artigo explica os efeitos da prática de repetição da valvotomia mitral percutânea após primeira terapia bem-sucedida, ficando clara a utilidade da estratégia de repetição do procedimento em pacientes com reestenose mitral predominante que requerem a realização de nova valvotomia mitral percutânea.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declarou inexistência de conflito de interesses relacionado a este manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes NL, Esteves VBC, Braga SLN, Ramos AIO, Esteves FA, Paes AT, et al. Valvotomia mitral percutânea: da primeira à terceira dilatação. *Rev Bras Cardiol Invas.* 2009;17(2):169-75.
2. Feldman T. Rheumatic heart disease. *Curr Opin Cardiol.* 1996;11(2):126-30.
3. Garbarz E, lung B, Cormier B, Vahanian A. Echocardiographic criteria in selection of patients for percutaneous mitral commissurotomy. *Echocardiography.* 1999;16(7 Pt 1): 711-21.
4. Pavlides GS, Nahhas GT, London J, Gangadharan C, Troszak E, Barth-Jones D, et al. Predictors of long-term event-free survival after percutaneous balloon mitral valvuloplasty. *Am J Cardiol.* 1997;79(10):1370-4.
5. Leon MN, Harrell LC, Simosa HF, Mahdi NA, Pathan AZ, Lopez-Cuellar J, et al. Comparison of immediate and long-term results of mitral balloon valvotomy with the double-balloon versus Inoue techniques. *Am J Cardiol.* 1999;83(9): 1356-63.
6. Hernandez R, Bañuelos C, Alfonso F, Goicolea J, Fernández-Ortiz A, Escaned J, et al. Long-term clinical and echocardiographic follow-up after percutaneous mitral valvuloplasty with the Inoue balloon. *Circulation.* 1999;99(12): 1580-6.
7. lung B, Garbarz E, Michaud P, Helou S, Farah B, Berdah P, et al. Late results of percutaneous mitral commissurotomy in a series of 1024 patients. Analysis of late clinical deterioration: frequency, anatomic findings, and predictive factors. *Circulation.* 1999;99(25):3272-8.
8. lung B, Vahanian A. The long-term outcome of balloon valvuloplasty for mitral stenosis. *Curr Cardiol Rep.* 2002; 4(2):118-24.
9. Kang DH, Park SW, Song JK, Kim HS, Hong MK, Kim JJ, et al. Long-term clinical and echocardiographic outcome of percutaneous mitral valvuloplasty: randomized comparison of Inoue and double-balloon techniques. *J Am Coll Cardiol.* 2000;35(1):169-75.
10. Wilkins GT, Weyman AE, Abascal VM, Block PC, Palacios IF. Percutaneous balloon dilatation of the mitral valve: an analysis of echocardiographic variables related to outcome and the mechanism of dilatation. *Br Heart J.* 1988;60(4):299-308.
11. Feldman T. Hemodynamic results, clinical outcome, and complications of Inoue balloon mitral valvotomy. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1994;(Suppl 2):2-7.
12. Feldman T, Carroll JD, Isner JM, Chisholm RJ, Holmes DR, Massumi GA, et al. Effect of valve deformity on results and mitral regurgitation after Inoue balloon commissurotomy. *Circulation.* 1992;85(1):180-7.
13. Post JR, Feldman T, Isner J, Herrmann HC. Inoue balloon mitral valvotomy in patients with severe valvular and sub-valvular deformity. *J Am Coll Cardiol.* 1995;25(5):1129-36.