

Valvoplastia Mitral Percutânea por Balão: Sobrevivendo ao Teste do Tempo

Igor F. Palacios¹, Guilherme V. Silva²

A doença cardiovascular continua a ser a doença mais importante do Mundo Ocidental. Como tal, muitos avanços contra a doença cardiovascular foram feitos nas últimas décadas, especialmente quando se considera a doença arterial coronária. Cardiologistas passaram de uma era de “espera vigilante” em um paciente com infarto agudo do miocárdio e doença coronária grave a uma era de revascularização cirúrgica e, finalmente, evoluíram para a era da intervenção percutânea, que culminou com os stents farmacológicos. Assim, nasceu uma nova subespecialidade, a cardiologia intervencionista.

Ver pág. 253

Conquistar o território das doenças cardíacas estruturais tem sido o sonho dos cardiologistas intervencionistas há muito tempo. O tratamento das doenças cardíacas valvares se encaixa perfeitamente no perfil de atuação que motiva os cardiologistas intervencionistas. Esse tratamento progrediu da “espera vigilante” para a correção cirúrgica, e, posteriormente, para os inovadores e revolucionários procedimentos percutâneos minimamente invasivos. A valvoplastia pulmonar percutânea por balão foi o primeiro tratamento percutâneo para as doenças cardíacas valvares¹, seguida, de perto, pela valvoplastia mitral percutânea por balão, que pode ser considerada um dos procedimentos percutâneos mais inovadores. Esse procedimento abriu caminho para o nascimento de uma nova subespecialidade: a intervenção percutânea para as doenças cardíacas estruturais.

Como acontece com qualquer inovação tecnológica, no começo houve avaliação minuciosa e oposição à mudança do então *status quo*: a comissurotomia mitral cirúrgica. Está bem estabelecido, por meio de vários estudos, comparando os resultados dos seguimentos imediato e precoce da valvoplastia mitral percutânea por balão à comissurotomia cirúrgica fechada, que, em

pacientes ideais para essas técnicas, a valvoplastia mitral percutânea por balão^{2,3} apresentou resultado superior ou a diferença entre ambas não foi significativa.⁴⁻⁶ A avaliação dos candidatos a valvoplastia mitral percutânea por balão requer análise precisa tanto da morfologia como da função da valva, para a tomada de decisão antes do procedimento e o acompanhamento clínico posterior. A seleção dos pacientes é fundamental para predizer os resultados imediatos e do seguimento da valvoplastia mitral percutânea por balão. O artigo de Aguiar Filho et al.⁷, publicado nesta edição da **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, destaca a questão fundamental da seleção dos pacientes, com uma média do escore de Wilkins de 7,6 com apenas 32 pacientes (16%) com escore > 8. Esses dados não causam nenhuma surpresa, dada a conhecida perícia e a experiência desse grupo de investigadores clínicos, com operadores notáveis como Esteves e Abizaid, que estiveram envolvidos no desenvolvimento e no aperfeiçoamento das técnicas de tratamento percutâneo valvar desde seus primórdios.

Está bem definido que outros fatores ligados aos pacientes, tais como idade avançada, presença de fibrilação atrial e regurgitação mitral pré-procedimento, podem afetar negativamente os resultados da valvoplastia mitral percutânea por balão. Diferenças na idade e na morfologia da valva podem ser responsáveis pela menor sobrevida e pela sobrevida livre de eventos das séries de pacientes tratados por valvoplastia mitral percutânea por balão nos Estados Unidos e na Europa. Por exemplo, na série do Massachusetts General Hospital, 497 pacientes com escore ecocardiográfico ≤ 8 e média de idade de 51 ± 14 anos tiveram sobrevivência de 85% e sobrevivência livre de eventos de 45% em seguimento de 8 anos. Ao contrário, 237 pacientes com escore ecocardiográfico > 8 e média de idade de 63 ± 14 anos tiveram sobrevivência de 55% e apenas 20% estavam livres de eventos combinados em 8 anos de seguimento. Em relação à série brasileira atual, os autores

¹ Diretor de Cardiologia Intervencionista do Massachusetts General Hospital. Professor adjunto de Medicina na Harvard Medical School. Boston, Estados Unidos.

² Fellow em Doença Cardíaca Estrutural no Massachusetts General Hospital. Boston, Estados Unidos.

Correspondência: Igor F. Palacios. Massachusetts General Hospital – 55 Fruit Street – Boston, MA, USA – 02114
E-mail: ipalacios@partners.org

Recebido em: 9/10/2012 • Aceito em: 10/10/2012

relatam um seguimento muito tardio pós-valvoplastia mitral percutânea por balão em um grupo de pacientes jovens (média de idade de 32 anos), a maioria em ritmo sinusal e com regurgitação mitral presente em apenas 13% dos pacientes. A probabilidade de 85% de estarem livres de reestenose em 5 anos provavelmente reflete as características da população de pacientes. Entretanto, aos 10 anos e aos 20 anos de evolução, a probabilidade de estarem sem reestenose diminuiu para 60% e 36%, respectivamente, e 25 pacientes necessitaram de uma segunda valvoplastia mitral percutânea por balão, com 27 pacientes submetidos a cirurgia após o diagnóstico de reestenose. Isso confirma que a valvoplastia mitral percutânea por balão deve ser a primeira linha de tratamento para estenose mitral reumática, considerando que, a longo prazo, alguns pacientes vão necessitar de uma segunda valvoplastia mitral percutânea por balão ou de cirurgia para a válvula mitral.

Por fim, não existe uma técnica única de valvoplastia mitral percutânea com balão. No relato atual, a maioria dos pacientes foi submetida à técnica anterógrada com duplo balão. A maioria das técnicas de valvoplastia mitral percutânea por balão requer cateterização transeptal e uso da abordagem anterógrada. Há controvérsias se a técnica de duplo balão oferece resultados superiores aos da técnica de Inoue, imediatos e a longo prazo. Comparada com a técnica de Inoue, a técnica de duplo balão resulta em maior área valvar mitral e menor ocorrência de regurgitação mitral grave pós-valvoplastia mitral percutânea por balão, particularmente nos pacientes com escores ecocardiográficos ≤ 8 . Entretanto, apesar da diferença no resultado imediato entre as duas técnicas, não há diferenças significativas na sobrevida, na sobrevida livre de eventos e na reestenose no seguimento clínico a longo prazo.

A valvoplastia mitral percutânea com balão definitivamente sobreviveu ao teste do tempo. Aguiar Filho et al.⁷ confirmaram mais uma vez o sucesso dessa inovadora intervenção percutânea estrutural como tratamento

de primeira linha para a estenose mitral reumática. O sucesso histórico e bem estabelecido da valvoplastia mitral percutânea por balão deve inspirar a nova geração de intervencionistas a seguir inovando no tratamento das doenças cardíacas estruturais e a mudar, de uma vez por todas, o cenário do tratamento das doenças cardíacas valvares.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado a este manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Kan JS, White RI Jr, Mitchell SE, Gardner TJ. Percutaneous balloon valvuloplasty: a new method for treating congenital pulmonary-valve stenosis. *N Engl J Med.* 1982;307(9):540-2.
2. Patel JJ, Sharma D, Mitha AS, Blyth D, Hassen F, Le Roux BT, et al. Balloon valvuloplasty versus closed commissurotomy for pliable mitral stenosis: a prospective hemodynamic study. *J Am Coll Cardiol.* 1991;18(5):1318-22.
3. Shrivastava S, Mathur A, Dev V, Saxena A, Venugopal P, SampathKumar A. Comparison of immediate hemodynamic response of closed mitral commissurotomy, single-balloon, and double-balloon mitral valvuloplasty in rheumatic mitral stenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1992;104(5):1264-7.
4. Turi ZG, Reyes VP, Raju BS, Raju AR, Kumard N, Rajagopal P, et al. Percutaneous balloon versus surgical closed commissurotomy for mitral stenosis: a prospective, randomized trial. *Circulation.* 1991;83(4):1179-85.
5. Arora R, Nair M, Kalra GS, Nigam M, Kkhalillulah M. Immediate and long-term results of balloon and surgical closed mitral valvotomy: a randomized comparative study. *Am Heart J.* 1993;125(4):1091-4.
6. Reyes VP, Raju BS, Wynne J, Stephenson LW, Raju R, Fromm BS, et al. Percutaneous balloon valvuloplasty compared with open surgical commissurotomy for mitral stenosis. *N Engl J Med.* 1994;331(15):961-7.
7. Aguiar Filho GB, Lluberas S, Gomes NL, Andrade LFP, Maldonado M, Meneghelo ZM, et al. Evolução muito tardia da valvotomia percutânea por balão na estenose mitral grave. *Rev Bras Cardiol Invasiva.* 2012;20(3):253-9.