

COMENTÁRIO EDITORIAL

Comparação entre as diretrizes sobre o manejo das próteses valvares cardíacas da AHA/ACC e da ESC

Gabriel Assis Lopes do Carmo, MD, PhD*

As valvopatias representam um grave problema de saúde, sendo um dos grandes grupos de doenças que levam ao desenvolvimento de miocardiopatia dilatada. A Febre Reumática (FB), diferente do que ocorre nos países desenvolvidos, é a principal etiologia das valvopatias no Brasil, sendo responsável por cerca de 70% dos casos.¹ Estudos recentes mostraram que sua prevalência continua alta em crianças, com taxas superiores a 4%, semelhantemente ao que ocorre em países como a Nicarágua.^{2,3} De acordo com dados do DATA SUS e do projeto BYPASS, os procedimentos valvares correspondem a mais de 30% das cirurgias cardíacas realizadas no Brasil, com mortalidade variando de 4 a 8,9%.^{4,5}

O tratamento das doenças valvares tem sido campo de intensos debates há muitos anos. Em grande parte tal fato se deve à falta de estudos randomizados e multicêntricos recentes representativos da população atual. A fragilidade dos resultados desses trabalhos faz com que diferentes grupos de especialistas adotem condutas e façam recomendações muitas vezes divergentes, tomando como base a mesma literatura. Tais fatos também se refletem na heterogeneidade de condutas entre instituições de um mesmo país, como ocorre no Brasil.

No artigo de Singh *et al.*, os autores fizeram uma comparação das recomendações de manejo de próteses valvares cardíacas das diretrizes da *American Heart Association/American College of Cardiology* (AHA/ACC) e *European Society of Cardiology* (ESC).⁶ Em uma análise geral, verificou-se que cerca de 6,7% das recomendações da AHA/ACC e 3% da ESC foram consideradas nível "A", 57% vs 18% nível "B" e 36,3 vs 79% nível "C". Entretanto, mais relevante ainda, foram encontradas diferenças significativas nas recomendações de tratamentos, procedimentos e condutas.

Enquanto a diretriz da ESC recomenda o uso de prótese mecânica em pacientes com idade inferior a 60 anos para posição aórtica e 65 anos para posição mitral, a AHA/ACC utiliza o corte de 50 anos, independente da posição. A justificativa para a utilização de uma idade menor seria o fato de as próteses biológicas atuais apresentarem maior durabilidade e a possibilidade de realização de procedimentos "valve-in-valve" quando da necessidade de nova abordagem. Diferentemente do que sugerem estudos observacionais recentes, a ESC indica o uso de terapia de ponte com heparina para qualquer paciente com prótese mecânica que necessite de interrupção do anticoagulante. Há ainda a recomendação de uso de heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada até para pacientes ambulatoriais que apresentem RNI fora da faixa terapêutica, o que levaria a um excesso de prescrição de anticoagulantes parenterais, inviável no cenário brasileiro atual. Já a AHA/ACC recomenda uma avaliação individualizada baseada na presença de outros fatores de risco para eventos tromboembólicos, bem como a posição e o modelo da prótese utilizada. Novos estudos devem oferecer melhor fundamentação para tal decisão, mas acredita-se que o uso de terapias de ponte de forma indiscriminada poderia associar-se a maior incidência de sangramentos e eventos tromboembólicos.

Diferenças significativas foram ainda encontradas com relação às recomendações do uso de aspirina e varfarina em pacientes com prótese mecânica e biológica. Com relação à prótese mecânica, a AHA/ACC indica conduta mais liberal quanto ao uso da terapia dupla (aspirina + varfarina) para todos os pacientes e por tempo indeterminado. Neste ponto a ESC recomenda a terapia combinada somente nos casos de doença arte-

*Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenador da Unidade Coronariana Pós-Operatória do Hospital das Clínicas da UFMG.

rial coronariana (DAC) concomitante ou na presença de fenômenos tromboembólicos apesar de anticoagulação adequada. No caso das próteses biológicas a AHA/ACC indica o uso de aspirina por tempo indeterminado associado a varfarina por até 6 meses, uma vez que as próteses biológicas apresentam potencial trombogênico superior ao que se acreditava. A ESC, por outro lado, orienta o uso da aspirina e do anticoagulante por tempo limitado. Importante ressaltar que estudos recentes que avaliaram a associação de anticoagulantes com antiplaquetários foram feitos principalmente no contexto de fibrilação atrial associado a DAC. Infelizmente estudos com próteses valvares são escassos e observacionais, não permitindo conclusões acerca desse ponto. Dessa forma, a conduta deve ser individualizada.

Com relação à trombose de prótese, a indicação do tratamento também não foi consensual. A ESC indica cirurgia como primeira escolha, exceto nos casos de risco proibitivo, nos quais a fibrinólise deve ser indicada. A AHA/ACC, por sua vez, recomenda qualquer um dos 2 procedimentos como abordagem inicial. Uma metanálise brasileira publicada em 2014 mostra resultado que corroboraria as recomendações da AHA/ACC, uma vez que revelou menor mortalidade com o uso de fibrinolítico quando comparado ao tratamento cirúrgico.⁷ Entretanto tal conduta não é consensual mesmo na instituição dos autores, o que mostra grande complexidade e controvérsia do tema.

O tratamento das valvopatias e o manejo dos pacientes após o implante das próteses valvares não é óbvio e, tampouco, consensual. O médico assistente, especialmente no Brasil, deve levar em considerações várias situações antes de definir o tratamento para seu paciente. Primeiramente, existem poucos estudos randomizados sobre o tema e com pouca representatividade na população atual. Segundo, a etiologia das doenças valvares no Brasil é, em sua maior parte, reumática e, portanto, distinta da encontrada nos países desenvolvidos onde as principais diretrizes foram escritas. Terceiro, as próteses mecânicas e, principalmente, as biológicas são em grande parte diferentes das utilizadas nos Estados Unidos e Europa, com implicações importantes acerca da sua durabilidade e potencial trombogênico. Tal fato poderia influenciar os critérios para a escolha da prótese em determinados indivíduos. Quarto, muitas recomendações das novas diretrizes são baseadas em estudos de implante de bioprótese aórtica por cateter (TAVI), com a possibilidade de realizar procedimentos “*valve-in-valve*”, ainda não disponíveis no SUS.

Diante dessas particularidades, a escolha do melhor tratamento nem sempre será evidente. O médico deve embasar sua decisão de forma a particularizar as condições socioeconômicas do paciente e o tipo de material e procedimentos disponíveis. Muitas vezes essa definição poderá ser distinta das duas diretrizes analisadas no estudo e ainda assim ser correta.

REFERÊNCIAS

1. Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, et al. [Brazilian Guidelines for Valve Disease - SBC 2011 / I Guideline Inter-American Valve Disease - 2011 SIAC]. *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(5 Suppl 1):1-67.
2. Nascimento BR, Beaton AZ, Nunes MC, et al. Echocardiographic prevalence of rheumatic heart disease in Brazilian schoolchildren: Data from the PROVAR study. *Int J Cardiol.* 2016;219:439-445.
3. Nascimento BR, Sable C, Nunes MCP, et al. Comparison Between Different Strategies of Rheumatic Heart Disease Echocardiographic Screening in Brazil: Data From the PROVAR (Rheumatic Valve Disease Screening Program) Study. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(4).
4. Ribeiro AL, Gagliardi SP, Nogueira JL, Silveira LM, Colosimo EA, Lopes do Nascimento CA. Mortality related to cardiac surgery in Brazil, 2000-2003. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;131(4):907-909.
5. Gomes WJ, Moreira RS, Zilli AC, et al. The Brazilian Registry of Adult Patient Undergoing Cardiovascular Surgery, the BYPASS Project: Results of the First 1,722 Patients. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2017;32(2):71-76.
6. Singh M, Sporn ZA, Schaff HV, Pellikka PA. ACC/AHA Versus ESC Guidelines on Prosthetic Heart Valve Management: JACC Guideline Comparison. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(13):1707-1718.
7. Castilho FM, De Sousa MR, Mendonça AL, Ribeiro AL, Cáceres-Lóriga FM. Thrombolytic therapy or surgery for valve prosthesis thrombosis: systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost.* 2014;12(8):1218-1228.