

COMENTÁRIO EDITORIAL



O exame físico ainda tem importância como preditor de eventos no seguimento de pacientes com insuficiência aórtica

Jairo Tavares Nunes*

INTRODUÇÃO

A prevalência da insuficiência aórtica crônica (IAo) varia com a idade e com a severidade do quadro, sendo que os casos de IAo moderado a importante podem acometer até cerca de 2 % da população (1). As causas de IAo primária podem estar relacionadas a doença valvar aórtica ou a alteração da geometria da raiz da aorta, sendo a Febre Reumática a causa mais comum em países em desenvolvimento e, portanto, importante etiologia na maioria dos países da língua portuguesa (2). O conhecimento da história natural da IAo, bem como o reconhecimento de marcadores de mau prognóstico são ferramentas essenciais no manejo dessa valvopatia, sobretudo para indicação de intervenção no momento adequado, buscando a redução de morbimortalidade nessa população. A IAo geralmente evolui lentamente com um longa fase compensada assintomática até o surgimento de valvopatia anatomicamente importante, a qual pode progredir com sintomas, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) e dilatação do VE, sendo o surgimento desses achados gatilhos para a indicação de intervenção, pois estão associados a piores desfechos (3) (4). No estudo em questão, publicado no JACC, Yang et al. (5) identificaram a associação de dois marcadores clínicos (pressão arterial diastólica e frequência cardíaca de repouso) com mau prognóstico na IAo e que poderiam ser considerados como variáveis na tomada de decisão na IAo importante. Yang et al. (5) observaram que medidas de pressão arterial diastólica (PAD) reduzidas (<70 mmHg) e frequência cardíaca de repouso (FC) elevadas (> 60 bpm) em pacientes com IAo moderada a importante estavam associadas a maior mortalidade por todas as causas, independentemente de aspectos

demográficos, comorbidades, gatilhos para indicação de intervenção, presença de hipertensão e uso de medicações. A presença de PAD baixa em pacientes com IAo está diretamente relacionada com a sua fisiopatologia (5). A IAo cursa com aumento progressivo do volume sistólico (VS), levando a um alto VS ejetado, o que altera a resistência periférica e há elevação da pressão arterial sistólica (PAS), todavia a presença de regurgitação aórtica causa redução da PAD, sendo coerente o racional de que valores baixos de PAD estão associados a piores desfechos (5). Quanto a FC com um basal mais elevado encontrada na população do estudo de Yang et al., sabemos que esta tem relação com o aumento da atividade do sistema nervoso simpático (SNS), a qual está associada com remodelamento ventricular e mau prognóstico na insuficiência cardíaca não valvar (6). Entretanto, temos poucos estudos que avaliaram a atividade do SNS em pacientes com IAo. Um estudo brasileiro (7) transversal, unicêntrico, avaliou a atividade nervosa simpática muscular (ANSM) em pacientes com IAo importante de etiologia predominantemente reumática em três condições clínicas: assintomáticos, sintomáticos em pré-operatório de troca de valva aórtica (TVA) e em pós-operatório de TVA. O grupo controle do estudo foram pacientes saudáveis, sem doença cardíaca estrutural. Observou-se que houve aumento significativo da ANSM em pacientes com IAo importante associado ao remodelamento ventricular esquerdo em relação a indivíduos sem doença cardíaca estrutural. A ANSM foi similar entre os pacientes com IAo importante. Dessa forma, o estudo sugere que a participação do SNS na IAo deve estar associada ao remodelamento ventricular, embora não tenha encontrado correlação com mudança clínica. Fazendo um paralelo dos dados encontrados por Yang et al. (5) com a comunidade da

* Fellow de Cardiologia – Insuficiência Cardíaca da Unidade de Insuficiência Cardíaca do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP.

língua portuguesa, onde a febre reumática configura como importante causa de IAo, podemos identificar nos dados de bases de pelos menos dois estudos brasileiros (7) (8), que avaliaram pacientes com IAo importante de etiologia predominantemente reumática, valores médios de PAD menores que 70 mmHg e de FC maiores que 60 bpm (os mesmo cortes encontrados no estudo de Yang et al.) nessa população mais grave com valvopatia anatomicamente importante.

RESUMO

Yang et al. (5) realizaram um estudo retrospectivo, que buscou avaliar o significado prognóstico PAD e da FC em pacientes com IAo classificada como moderada ou importante, segundo definições da Sociedade Americana de Ecocardiografia (9). Outro objetivo dos autores foi avaliar se as medidas de rotina da PAD e da FC poderiam atuar como preditores de desfechos clínicos independente dos já conhecidos gatilhos para indicação de cirurgia de troca de valva aórtica recomendados pelas diretrizes, que são: presença de sintomas, redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e aumento do diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo indexado (VSFVEi). Foram analisados 820 pacientes, sendo que todos tiveram nova avaliação médica dentro de 30 dias após a realização do ecocardiograma transtorácico (ECO TT). As medidas de pressão arterial e de FC foram realizados no setor de ecocardiografia, assegurando ambiente calmo para a aferição. O desfecho primário foi morte por todas as causas, sendo avaliado também a mortalidade por todas as causas na população sobre tratamento medicamentoso, com o seguimento sendo iniciado na realização do ECO TT e encerrado com cirurgia, morte ou último seguimento no registro. Essa avaliação buscou estudar o curso natural dos pacientes com IAo antes da cirurgia, já que o benefício desta é conhecido. Também foi avaliada mortalidade por todas as causas durante todo o seguimento, isto é, a observação terminou na última avaliação ou nos casos que evoluíram à óbito. Quanto ao desfecho secundário foi avaliado cirurgia de troca de valva aórtica e o composto desta com mortalidade por todas as causas. Os autores observaram que pacientes com PAD < 70 mmHg e FC ≥ 60 bpm, quando comparados com o grupo de PAD ≥ 70 mmHg e FC < 60 bpm foram associados a: presença de

mais sintomas, realização de mais cirurgias de troca de valva aórtica, valores de hemoglobina mais baixos, maior uso de medicações e maiores valores de pressão sistólica do ventrículo direito. Já valores de PAD < 55 mmHg esteve relacionado a maior diâmetro do VE, maior área efetiva do orifício regurgitante (ERO) e a mais cirurgias de troca de valva aórtica (TVA). Apesar do grupo com FC ≥ 60 bpm apresentar menor volume regurgitante, também se notou aumento do ERO e mais intervenção (TVA). A PAD era semelhante entre a população com hipertensão arterial (HAS) e sem HAS, bem como a severidade da IAo e o diâmetro do VE. Após ajuste para idade, sexo, comorbidades e gatilhos para cirurgia (sintomas, FEVE, VSFVEi) por análise multivariada, valores menores de PAD e maiores de FC foram associados, isolada e independentemente, com morte por todas as causas, bem como estiveram associados com maior necessidade de TVA.

IMPLICAÇÕES

Esse estudo, apesar da limitação por ser retrospectivo, o que não possibilita afirmar relação causal com PAD, FC e mortalidade, traz um horizonte para novos marcadores prognósticos na IAo, com a vantagem de serem de baixo custo e de fácil execução (exame físico). Isso poderia auxiliar em fluxogramas de priorização de recursos (ex.: realização de ECO TT com urgência) em serviços de saúde que apresentam estrutura limitada ou maior tempo de espera para realização de exames complementares, bem como ser mais um parâmetro para indicação de TVA. Um ponto importante para se ressaltar é que o estudo em questão não é aplicável para pacientes jovens com IAo de etiologia reumática (principal causa na maioria dos países de língua portuguesa), já que essa população não foi avaliada.

CONCLUSÃO

Em pacientes com IAo moderada a importante a aferição de rotina da PAD e da FC estão associados com mortalidade por todas as causas, sendo os valores de PAD < 70 mmHg e FC > 60 bpm fortes preditores de mortalidade, independentemente dos gatilhos para cirurgia de TVA recomendados em diretrizes, uso de medicações e da presença de HAS.

REFERÊNCIAS

1. Singh, J. P., Evans, J. C., Levy, D., Larson, M. G., Freed, L. A., Fuller, D. L., Benjamin, E. J. (1999). *Prevalence and clinical determinants of mitral, tricuspid, and aortic regurgitation (the Framingham Heart Study)*. *The American Journal of Cardiology*, 83(6), 897-902. doi:10.1016/s0002-9149(98)01064-9
2. Enriquez-Sarano, M., & Tajik, A. J. (2004). *Aortic Regurgitation*. *New England Journal of Medicine*, 351(15), 1539-1546. doi:10.1056/nejmcp030912

3. Bonow RO, Lakatos E, Maron BJ, et al. Serial long-term assessment of the natural history of asymptomatic patients with chronic aortic regurgitation and normal left ventricular systolic function. *Circulation* 1991; 84:1625
4. Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AIO, et al. ; Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias: Abordagem das Lesões Anatomicamente Importantes Arquivos Brasileiros de Cardiologia JCR, v. 109, p. 1-34, 2017.
5. Li-Tan Yang, Patricia A. Pellikka, Maurice Enriquez-Sarano. *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 75, Issue 1, 7-14 January 2020, Pages 40-41
6. Messerli FH, Rimoldi SF, Bangalore S, Bavishi C, Laurent S. When an increase in central systolic pressure overrides the benefits of heart rate lowering. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:754-62
7. Acoorsi, T. A. D., Tarasoutchi F., et al. Avaliação da atividade do sistema nervoso simpático por microneurografia muscular em pacientes com insuficiência aórtica importante. teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-11092018-135329/pt-br.php
8. Tarasoutchi F, Grinberg M, Spina GS, Sampaio RO, Cardoso LF, Rossi EG, et al. Ten-year clinical laboratory follow-up after application of a symptom-based therapeutic strategy to patients with severe chronic aortic regurgitation of predominant rheumatic etiology. *J Am Coll Cardiol*. 2003 Apr 16;41 (8): 1316-24
9. Zoghbi WA, Adams D, Bonow RO, et al. Recommendations for noninvasive evaluation of native valvular regurgitation: a report from the American Society of Echocardiography developed in collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Soc Echocardiogr* 2017;30:303-71.