

Editorial

Dispositivos de nova geração para substituição da válvula aórtica transcaterter

New generation devices for transcatheter aortic valve replacement

A substituição da válvula aórtica transcaterter (TAVR, sigla do inglês *transcatheter aortic valve replacement*), realizada pela primeira vez em 2002, por Alain Cribier, é o tratamento aprovado para pacientes com estenose aórtica grave sintomática inoperáveis ou de alto risco para a cirurgia. Recentemente, a TAVR tem sido avaliada no subgrupo de pacientes com risco intermediário.

Apesar da evolução favorável dos dispositivos de primeira geração, algumas questões, como o mau posicionamento da prótese, a regurgitação paravalvar, os distúrbios de condução e as complicações vasculares, motivaram o desenvolvimento de sistemas de segunda geração, que incorporam uma série de avanços para solucionar estes problemas.

Na atualidade, temos dispositivos como o Corevalve Evolut R™ (Medtronic, Minneapolis, EUA), o SAPIEN 3 (Edwards Lifesciences, Irvine, EUA), o Sistema de Válvula Lotus™ (Boston Scientific, Natick, EUA), o ACURATE TA™ (Symetis SA, Ecublens, Suíça), entre outros, que permitem um posicionamento preciso e que reduziram de forma significativa a regurgitação paravalvar.¹ Esteves et al., representando sete instituições brasileiras, trazem, nesta edição, a primeira série de pacientes tratada com a válvula Lotus™, que tem a capacidade de ser recapturada e reposicionada em qualquer estágio da intervenção, e que dispõe de um revestimento na base, o que minimiza a regurgitação paravalvar. Os procedimentos foram realizados pela via transfemoral, e a taxa de sucesso alcançou valores próximos de 100%. O gradiente médio após o implante foi baixo, e não se observaram regurgitações aórticas de grau moderado/importante.

Yücel e Gerckens, do Herzzentrum, Universitätsmedizin Rostock (Rostock, Alemanha), em editorial relacionado, retomam os estudos mais importantes da área, incluindo aqueles com o dispositivo Lotus™, como o REPRISÉ III e o RESPOND. Eles reforçam os desafios que esta prótese ainda precisa vencer, como a redução do tamanho do introdutor (18 a 20 F) e a diminuição da necessidade de implante de marca-passo, que ocorre em aproximadamente 30 a 40% dos casos.

Outro artigo de muito interesse vem da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília (Marília, SP, Brasil). Nele, Andrade et al., com grande experiência na utilização do acesso vascular radial, realizam uma subanálise do estudo ARISE (*AngioSeal versus the Radial approach In acute coronary Syndrome*), que randomizou pacientes para as técnicas radial ou femoral com emprego de dispositivo de oclusão vascular. Neste subestudo, o índice de massa corporal e o insucesso do dispositivo de oclusão vascular foram preditores independentes de complicações. Pacientes do sexo feminino ou com risco alto ou muito alto, pelos critérios do estudo CRUSADE, mostraram risco aumentado de complicações vasculares apenas no grupo femoral.

Lamelas e Jolly, da McMaster University (Hamilton, Canadá), em seu editorial, lembram o risco aumentado de hemorragias dos pacientes com síndrome coronária aguda submetidos à estratégia inva-

siva, bem como sua associação com maior mortalidade. Lamelas e Jolly ainda comentam os resultados do estudo MATRIX, que mostrou o benefício da via radial na redução da mortalidade, e do estudo CLOSURE, que randomizou pacientes para o dispositivo de oclusão e a compressão manual, demonstrando uma redução das complicações vasculares com o dispositivo. Eles concluem que o acesso radial é a melhor abordagem para a prevenção de complicações vasculares durante a intervenção coronária percutânea e que, se o acesso femoral for necessário, um dispositivo de oclusão deve ser aplicado por intervencionistas qualificados.

Ainda nesse fascículo, Mariani et al., da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (São Paulo, SP, Brasil), apresentam o seguimento de 1 ano do estudo Mozart, o qual demonstrou que a utilização do ultrassom intracoronário para guiar a intervenção coronária percutânea diminui o volume de contraste utilizado no procedimento. Silva et al., do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo, SP, Brasil), comparam os desfechos clínicos do tratamento de enxertos de veia safena com stent MGuard™ vs. stents farmacológicos. O stent MGuard™ é revestido por malha polimérica microscópica e tem a finalidade de reduzir a embolização distal de fragmentos durante a intervenção coronária percutânea. Mangione et al., do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (São Paulo, SP, Brasil), avaliam os desfechos precoces e tardios do tratamento de lesões isoladas proximais da artéria descendente anterior com stents farmacológicos de segunda geração. D'Ávila et al., do Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (Porto Alegre, RS, Brasil), extraem de seu grande banco de dados de infarto agudo do miocárdio as características e os desfechos clínicos em 30 dias de pacientes ≥ 80 anos submetidos à intervenção coronária percutânea primária. Cantarelli et al., do Hospital Bandeirantes (São Paulo, SP, Brasil), apresentam os preditores independentes de doença arterial coronária multiarterial obtidos da análise do Registro Angiocardio. Por fim, Assaf et al., do Hospital Carlos Fernando Malzoni (Matão, SP, Brasil), comparam os resultados do curativo compressivo vs. pulseira hemostática após cateterização por via radial.

Boa leitura!

Referência

1. Tchetché D, Van Mieghem NM. New-generation TAVI devices: description and specifications. *EuroIntervention*. 2014;10(Suppl U):U90-U100.

Áurea J. Chaves
Editora

E-mail: aureajchaves@gmail.com (A.J. Chaves).