

Relato
de Caso

Tratamento Conservador de Trombose de Prótese Mecânica Aórtica Cardíaca

Conservative Treatment of Aortic Thrombosis in a Mechanical Heart Implant

4

Luís Antônio Lima da Cunha, Gustavo Rodrigues Marques, Guilherme Kopik Bongiorno, Diego Anselmini

Resumo

Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, portador de válvula aórtica protética mecânica que, após interrupção da anticoagulação oral para realizar um procedimento cirúrgico não cardíaco, evoluiu com sinais clínicos de insuficiência cardíaca classe funcional II (NYHA), desaparecimento do *click* metálico aórtico e ecocardiografia transtorácica constatando a presença de trombo organizado na prótese aórtica com disfunção moderada. O tratamento adotado foi o não cirúrgico conservador com incremento no efeito cumarínico (INR>3,0). Paciente evoluiu com desaparecimento dos sinais de IC classe II, restabelecimento do *click* metálico aórtico e ecocardiograma transesofágico evidenciando desaparecimento do trombo organizado.

Palavras-chave: Próteses valvulares cardíacas/efeitos adversos; Trombose; Anticoagulantes/uso terapêutico; Ecocardiografia transesofágica

Abstract

This case study presents a male patient with a prosthetic mechanical aortic valve who, after discontinuation of oral anticoagulation in order to perform non-cardiac surgery, developed clinical signs of class II functional heart failure (NYHA) with the disappearance of the metallic click in the aorta. Transthoracic echocardiography indicated the presence of an organized thrombus in the aortic prosthesis with moderate dysfunction. The selected treatment was conservative and non-surgical, incrementing the coumarin effect (INR> 3.0). The patient progressed with the disappearance of the signs of class II HF, restoration of the aortic metallic click and transesophageal echocardiogram showing the disappearance of the organized thrombus.

Keywords: Heart valve prosthetics/adverse effects; Thrombosis; Anticoagulants/therapeutic use; Echocardiography, Transesophageal

Introdução

A trombose de prótese valvar apresenta risco de ocorrência durante toda a vida em pacientes receptores de próteses valvares mecânicas. As complicações tromboembólicas continuam sendo causa frequente de morbidade e mortalidade nesses pacientes¹⁻⁸. A ocorrência aguda é rara, todavia representa um quadro com risco de morte⁹. A incidência de tais complicações varia de 0,03% a 4,3% paciente/ano, em virtude de fatores como características da válvula, da biocompatibilidade da prótese usada, do local da válvula e da terapia anticoagulante inadequada ou interrompida²⁻⁸.

Este relato de caso tem como objetivo descrever a história de um paciente que, após a interrupção da anticoagulação para ser submetido a procedimento invasivo, apresentou sinais de insuficiência cardíaca, classe funcional II *New York Heart Association* (NYHA) atribuída à trombose de válvula aórtica mecânica protética que teve sucesso terapêutico apenas adotando-se tratamento não cirúrgico conservador.

Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com história de estenose aórtica grave, submetido à cirurgia cardíaca

Hospital Universitário Santa Teresinha - Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba, SC - Brasil

Correspondência: Luís Antônio Lima da Cunha
Rua Salgado Filho, 394 sala 201 - Centro - 89600-000 - Joaçaba, SC - Brasil
E-mail: luiscunha@cardiol.br

Recebido em: 14/07/2011 | Aceito em: 10/08/2011

com implante de prótese aórtica metálica em 1996, tendo um relato de cateterismo com coronárias normais; na sequência, em 1997, teve como intercorrência um acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico occipital.

Acompanhado neste serviço desde março de 2007, apresentava-se assintomático com exame físico praticamente normal (*click* metálico aórtico), eletrocardiograma (ECG) de repouso ritmo sinusal, bloqueio atrioventricular de 1º grau e bloqueio completo de ramo esquerdo; ecocardiograma (17/03/2007) com fração de ejeção (FE) de 0,65, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE) de 58mm, diâmetro sistólico de ventrículo esquerdo (DSVE) de 37mm, átrio esquerdo (AE) de 42mm, aorta ascendente (AO) 35mm, ventrículo direito (VD) de 27mm, estenose mitral leve e prótese aórtica metálica competente.

O paciente se apresentou para consulta em 23/6/2009, com o objetivo de realizar uma avaliação pré-operatória para biopsia prostática, recebendo como orientação a realização de profilaxia para endocardite infecciosa e, na véspera do procedimento, a substituição da terapia anticoagulante com cumarínicos por antitrombínicos (enoxaparina). Realizado o procedimento com sucesso foi orientado a reintroduzir a terapia anticoagulante conjunta (enoxaparina + cumarínico). Entretanto, e aparentemente, a enoxaparina foi suspensa antes do restabelecimento completo dos níveis terapêuticos com cumarínico regularização normal internacional (INR > 2,0).

Confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, evoluiu com sinais clínicos de IC classe II (NYHA), desaparecimento do *click* metálico aórtico e, em ecocardiografia transtorácica (Figura 1) de 25/6/2009, constatou-se a presença de trombo

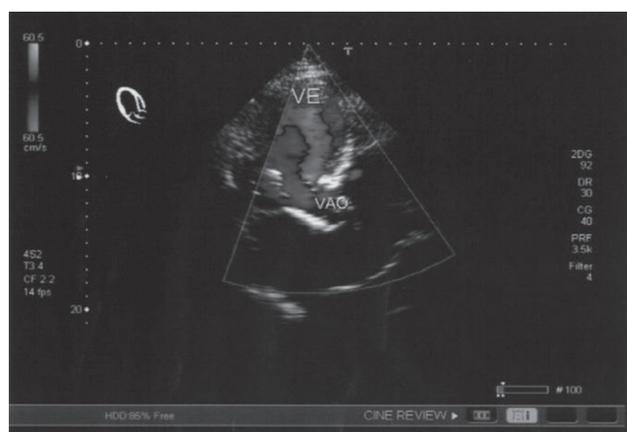


Figura 1
Ecocardiograma transtorácico evidenciando presença de trombo em válvula protética mecânica aórtica.

organizado na prótese aórtica com disfunção moderada. Em julho 2009, ciente da gravidade do caso, considerando a hipótese de troca cirúrgica da válvula e sabendo da necessidade de cirurgia prostática precoce, foi recomendada uma terapia otimizada com anticoagulação oral, objetivando novos níveis terapêuticos com RNI acima de 3,0 e um ecocardiograma transesofágico após o mínimo de três semanas para reavaliação e constatação da eficácia terapêutica para, somente então, ser submetido à prostatectomia radical.

O paciente retornou em fevereiro do ano subsequente após terapia com cumarínico apresentando-se assintomático, com o restabelecimento do *click* metálico aórtico. Solicitado novo ecocardiograma transesofágico (Figura 2), constatou-se FE 0,43, DDVE 56mm, DSVE 49mm, AE 48mm, AO 38mm, VD 32mm, prótese aórtica metálica competente sem evidências de trombos.

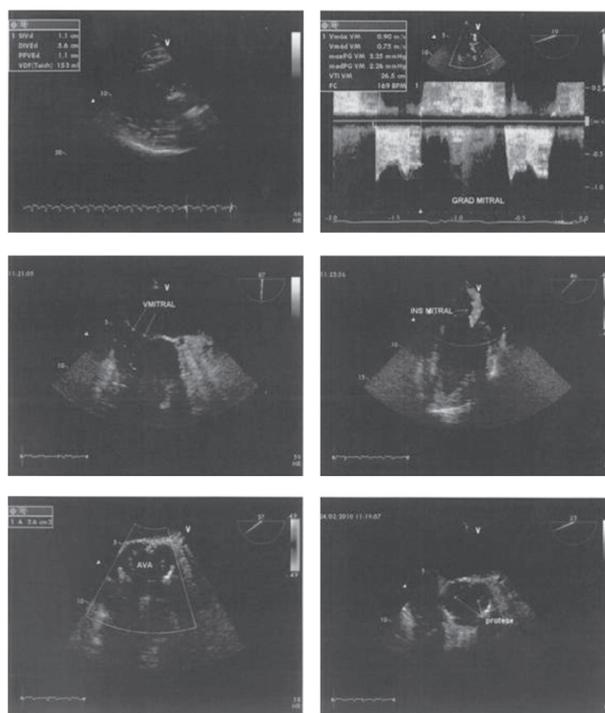


Figura 2
Ecocardiograma transesofágico sem evidência de trombo em válvula protética mecânica aórtica.

Discussão

As diretrizes do *American College of Cardiology* e do *American Heart Association* (ACC/AHA) de 2006¹⁰ sobre o tratamento de doenças cardíacas valvulares incluíram recomendações para o tratamento da trombose de prótese valvar (TPV).

Essas diretrizes preconizam a recomendação classe IIa: a cirurgia de emergência está indicada para a trombose em próteses valvares esquerdas e em pacientes com presença de grande quantidade de trombos. A terapia fibrinolítica para obstrução de válvula protética esquerda por trombo (recomendação classe IIb) está associada a riscos significativos (embolia cerebral em 12% a 15% dos casos) e é, muitas vezes, ineficaz. A terapia fibrinolítica nesses pacientes é reservada para aqueles nos quais a intervenção cirúrgica acarreta um risco elevado e àqueles com contraindicações para a cirurgia. Se a terapia fibrinolítica é bem-sucedida, deve ser seguida por heparina não fracionada (HNF) intravenosa até warfarin atingir um INR de 3,0 a 4,0 para prótese aórtica valvar e de 3,5 a 4,5 para as válvulas mitrais protéticas¹⁰.

Ciente da gravidade do caso do paciente, considerando a hipótese de troca cirúrgica da válvula e sabendo da necessidade de cirurgia prostática, optou-se por uma terapia otimizada, apenas com anticoagulação oral (cumarínico), objetivando novos níveis terapêuticos com INR acima de 3,0 e um ecocardiograma transesofágico após o mínimo de três semanas para reavaliação e constatação da eficácia terapêutica para, somente então, ser submetido à prostatectomia radical.

O paciente retornou sete meses após o início da terapia com cumarínico, apresentando-se assintomático e com o restabelecimento do *click* metálico aórtico. Solicitado novo ecocardiograma transesofágico, constatou-se ausência de trombo, sendo liberado para realizar sua cirurgia urológica, com recomendações rigorosas de controle de sua anticoagulação tanto no pré quanto no pós-operatório.

Considerou-se a importância do caso pelo sucesso terapêutico com cumarínico (INR>3,0), pela falta de referencial teórico nas diretrizes nacionais para tratamento de TPV (trombose de prótese valvar), e em razão das atuais recomendações da literatura internacional¹, as quais indicam como tratamento de primeira linha a intervenção cirúrgica ou, no mínimo, tratamento com fibrinolíticos e anticoagulantes diferentes dos moldes em que foi empregado para o presente paciente.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

Referências

1. Campos PCGD, Vieira ML, D’Cruz I, Weiman D. Trombectomia com sucesso de obstrução de prótese mecânica mitral, guiada por ecocardiografia transesofágica e cinefluoroscopia perioperatória. *Einstein*. 2009;71(Pt 1):99-102.
2. Horstkotte D, Burckhardt D. Prosthetic valve thrombosis. *J Heart Valve Dis*. 1995;4(2):141-53.
3. Stein PD, Alpert JS, Bussey HI, Dalen JE, Turpie AG. Antithrombotic therapy in patients with mechanical and biological prosthetic heart valves. *Chest*. 2001;119(1 suppl):220S-7S.
4. Baudet EM, Puel V, McBride JT, Grimaud JP, Roques F, Clerc F, et al. Long-term results of valve replacement with the St. Jude Medical prosthesis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1995;109(5):858-70.
5. Baudet E, Roques X, McBride J, Panès F, Grimaud JP. An 8-year follow-up of the Edwards-Duromedics bileaflet prosthesis. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1995;36(5):437-42.
6. McKay CR. Prosthetic heart valve thrombosis. “What can be done with regard to treatment?” *Circulation*. 1993;87(1):294-6; comment 30-7.
7. Renzulli A, De Luca L, Caruso A, Verde R, Galzerano D, Cotrufo M. Acute thrombosis of prosthetic valves: a multivariate analysis of the risk factors for a lifethreatening event. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1992;6(8):412-20; discussion 421.
8. Roudaut R, Lafitte S, Roudaut MF, Courtault C, Perron JM, Jaïs C, et al. Fibrinolysis of mechanical prosthetic valve thrombosis: a single-center study of 127 cases. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41(4):653-8.
9. Hernández-Vilá E, Stainback RF, Angelini P, Krajcer Z. Thrombolytics and left-sided prosthetic valve thrombosis: a case report. *Tex Heart Inst J*. 1998;25(2):130-5.
10. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al; American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2008 focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease). Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(13):e1-142.