

**O que a diretriz americana (ACC/AHA) de valvopatias publicada em 2020 nos trouxe de novo sobre o manejo da estenose valvar aórtica?**

Otto et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Valvular Heart Disease. JACC 2020.

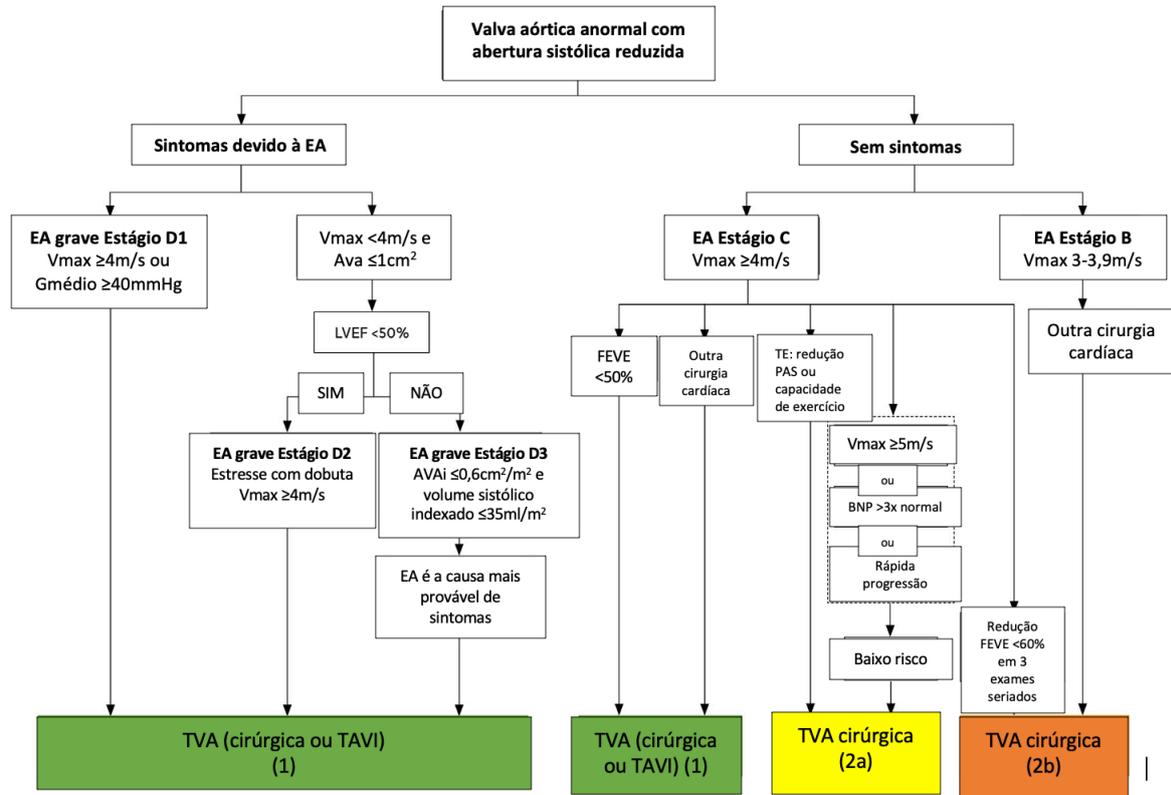
**Estágios da estenose valvar aórtica (EA):**

Estágio	Definição	Anatomia valvar	Hemodinâmica	Consequências hemodinâmicas	Sintomas
A	Em risco de EA	- Valva bicúspide (ou outras anomalias congênicas) - Esclerose valvar aórtica	Vmax <2m/s com mobilidade folhetos normais	Não	Não
B	EA progressiva	- Calcificação/fibrose dos folhetos leve a moderada/ valva bicúspide ou tricúspide com alguma redução na mobilidade sistólica ou - Alterações valvares reumáticas com fusão comissural	- EA leve: Vmax 2-2,9m/s ou Gmédio <20mmHg - EA moderada: Vmax 3-3,9m/s ou Gmédio 20-39mmHg	- Disfunção diastólica de VE pode estar presente - FEVE normal	Não
C	ES grave assintomática				
C1	ES grave assintomática	- Calcificação/fibrose de folhetos grave ou estenose congênita com abertura dos folhetos gravemente reduzida	- Vmax ≥4m/s ou Gmédio ≥40mmHg - AVA tipicamente ≤1cm <sup>2</sup> (ou AVAi 0,6cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> ) - Muito grave: Vmax ≥5m/s ou Gmédio ≥60mmHg	- Disfunção diastólica de VE - Leve hipertrofia de VE - FEVE normal	- Não - Teste de exercício é razoável para confirmar o grau de sintomas
C2	EA grave assintomática com disfunção sistólica de VE	- Calcificação/fibrose de folhetos grave ou estenose congênita com abertura dos folhetos gravemente reduzida	- Vmax ≥4m/s ou Gmédio ≥40mmHg - AVA tipicamente ≤1cm <sup>2</sup> (ou AVAi 0,6cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> )	- FEVE <50%	- Não
D	EA grave sintomática				
D1	High gradient	- Calcificação/fibrose de folhetos grave ou estenose congênita com abertura dos folhetos gravemente reduzida	- Vmax ≥4m/s ou Gmédio ≥40mmHg - AVA tipicamente ≤1cm <sup>2</sup> (ou AVAi 0,6cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> ) mas pode ser maior se EA combinada com regurgitação aórtica	- Disfunção diastólica de VE - Hipertrofia de VE - Hipertensão pulmonar pode estar presente	- Dispneia ao exercício, tolerância ao exercício reduzida ou IC - Angina ao exercício - Síncope ao exercício ou pré-síncope
D2	Low flow, low-gradient com FEVE reduzida	- Calcificação/fibrose de folhetos grave com mobilidade dos folhetos gravemente reduzida	- AVA ≤1cm <sup>2</sup> com Vmax <4m/s ou Gmédio <40mmHg - Eco de estresse com dobutamina: AVA <1cm <sup>2</sup> com Vmax ≥4m/s	- Disfunção diastólica de VE - Hipertrofia de VE - FEVE <50%	- IC - Angina - Síncope ou pré-síncope

D3	Low-gradient com FEVE normal ou Paradoxical low-flow	- Calcificação/fibrose de folhetos grave com mobilidade dos folhetos gravemente reduzida	- AVA $\leq 1\text{cm}^2$ (AVAi $\leq 0,6\text{cm}^2/\text{m}^2$ ) com Vmax $< 4\text{m/s}$ ou Gmédio $< 40\text{mmHg}$ E - Volume sistólico indexado $< 35\text{ml}/\text{m}^2$ - Medido quando paciente está normotenso (PAS $< 140\text{mmHg}$ )	- Aumento da espessura da parede VE - VE pequeno com volume ejeção reduzido - Enchimento diastólico reduzido - FEVE $\geq 50\%$	- IC - Angina - Síncope ou pré-síncope
----	--	--	--	--	--

### Recomendações e tempo de intervenção

Classe de recomendação	Nível de evidência	Recomendação
1	A	1. Em adultos com EA grave de alto gradiente (Estágio D1) e sintomas de dispneia ao exercício, insuficiência cardíaca, angina, síncope, ou pré-síncope pela história ou teste de exercício, troca valvar aórtica (TVA) é indicada
1	B	2. Em pacientes assintomáticos com EA grave e FEVE $< 50\%$ (Estágio C2), TVA é indicada 3. Em pacientes assintomáticos com EA (Estágio C1) que serão submetidos à cirurgia cardíaca por outras indicações, TVA é indicada 4. Em pacientes sintomáticos com EA grave low-flow, low-gradient com FEVE reduzida (Estágio D2), TVA é recomendada 5. Em pacientes sintomáticos com EA grave low-flow low-gradient com FEVE normal (Estágio D3), TVA é recomendada se a EA é a causa mais provável dos sintomas
2a	B	6. Em pacientes aparentemente assintomáticos com EA grave (Estágio C1) e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável quando teste de exercício demonstra: diminuição da tolerância ao exercício ou queda da PAS $\geq 10\text{ mmHg}$ 7. Em pacientes assintomáticos com EA muito grave (Estágio C1) ( $V_{\text{max}} \geq 5\text{ m/s}$ ) e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável 8. Em pacientes aparentemente assintomáticos com EA grave e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável quando o nível de BNP $> 3$ vezes o normal 9. Em pacientes assintomáticos com EA grave com alto gradiente (Estágio C1) e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável quando testes seriados mostram aumento da velocidade $\geq 0,3\text{m/s}$ por ano
2b	B	10. Em pacientes assintomáticos com EA grave com alto gradiente (Estágio C1) e progressiva diminuição na FEVE em pelo menos 3 exames de imagem seriados para $< 60\%$ , TVA pode ser considerada
2b	C	11. Em pacientes com EA moderada (Estágio B) que são submetidos à cirurgia cardíaca por outras indicações, TVA pode ser considerada



### Recomendações para escolha de prótese mecânica versus biológica

Classe de recomendação	Nível de evidência	Recomendação
1	C	1. Escolha da prótese valvar deve ser baseada em um processo de tomada de decisão conjunta que leva em conta preferências do paciente, indicações e riscos da terapia anticoagulante e a necessidade potencial e os riscos associados à reintervenção valvar. 2. Se terapia anticoagulante com antagonista da vitamina K é contra-indicada, não pode ser administrada de forma adequada ou não é desejada, recomenda-se prótese biológica.
2a	B	3. Em pacientes <50 anos sem contra-indicação para anticoagulação, prótese mecânica é razoável 4. Em pacientes entre 50-65 anos sem contra-indicação para anticoagulação, escolha individualizada é razoável 5. Em pacientes > 65 anos, prótese biológica é razoável
2b	B	6. Em pacientes <50 anos que preferem prótese biológica e com anatomia adequada, substituição por autoenxerto pulmonar (procedimento de Ross) pode ser considerado

### Recomendações para escolha de Cirurgia de troca valvar cirúrgica ou TAVI

Classe de recomendação	Nível de evidência	Recomendação
1	A	1. EA grave sintomática e assintomática em pacientes <65 anos ou expectativa de vida > 20 anos, cirurgia é recomendada

		<p>2. EA grave sintomática em pacientes entre 65-80 anos, sem contra-indicação anatômica para TAVI transfemoral, cirurgia ou TAVI transfemoral é recomendado</p> <p>3. EA grave sintomática em paciente &gt; 80 anos ou expectativa de vida &lt;10 anos e sem contra-indicação anatômica para TAVI transfemoral, TAVI transfemoral é recomendado</p>
1	B	<p>4. EA grave assintomática + LVEF &lt;50% em paciente ≤ 80 anos e sem contra-indicação anatômica para TAVI transfemoral, decisão deve seguir o mesmas recomendações que para pacientes sintomáticos</p> <p>5. EA grave assintomática + teste de esforço anormal, EA muito grave, progressão rápida, ou BNP elevado, cirurgia é recomendada</p>
1	A	<p>6. Se prótese biológica é preferida, mas TAVI transfemoral não é viável, cirurgia é recomendada</p> <p>7. EA grave sintomática em paciente de qualquer idade com risco cirúrgico alto ou proibitivo, TAVI é recomendado se expectativa de vida pós-TAVI &gt; 1ano com qualidade de vida aceitável</p>
1	C	<p>8. EA grave sintomática em pacientes com expectativa de vida pós-TAVI ou cirurgia &lt; 1 ano ou melhora mínima na qualidade de vida, cuidados paliativos são recomendados</p>
2b	C	<p>9. Em pacientes gravemente enfermos com EA grave, a valvoplastia percutânea com balão pode ser considerada como ponte para cirurgia ou TAVI.</p>