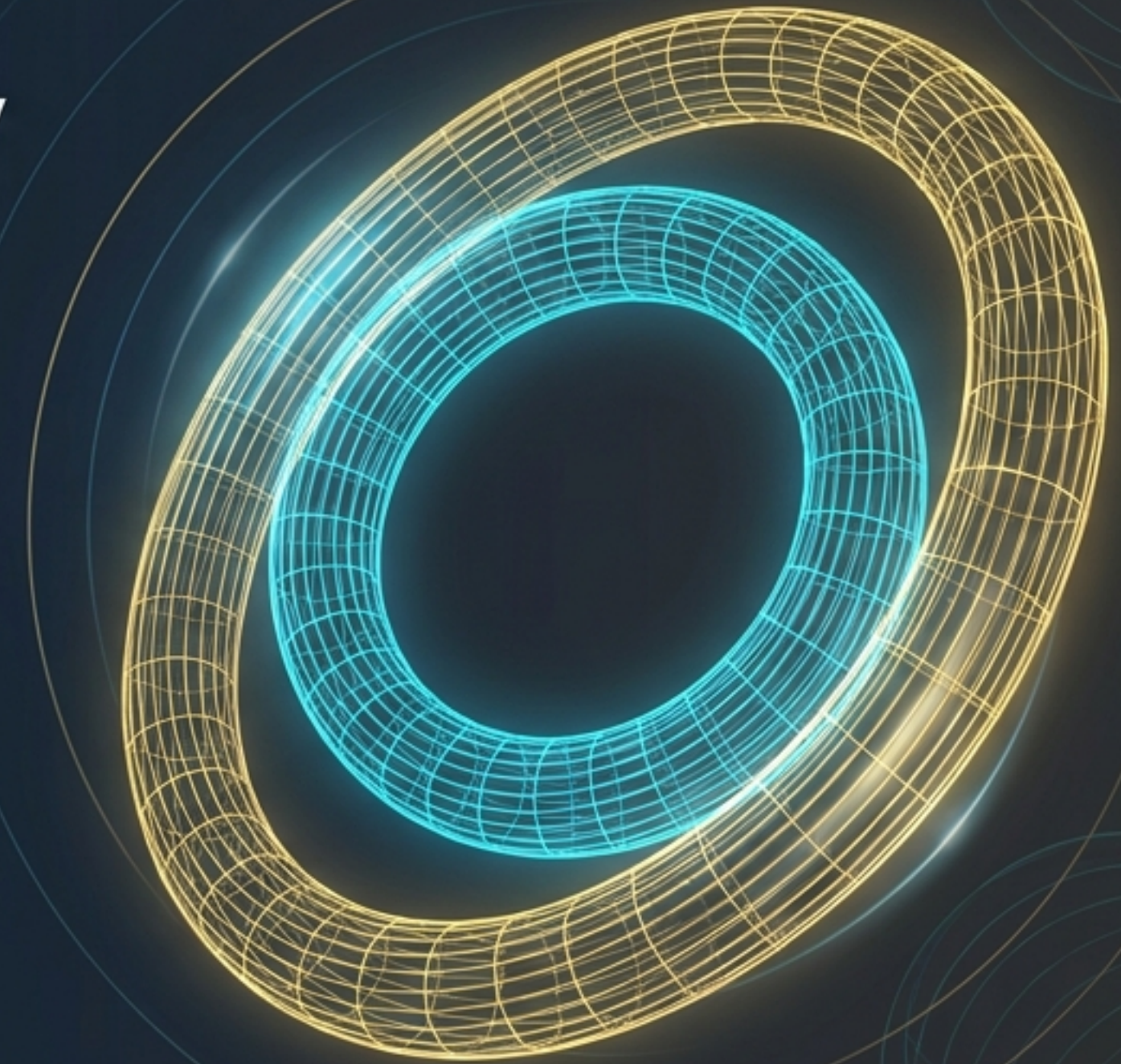


O Marco Clínico do Estudo SurViv

A transição definitiva da prática observacional para a evidência randomizada no tratamento da disfunção de bioprótese mitral.

27 de abril de 2026

Apoio: Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI)



As vozes por trás da inovação e do debate científico

Um "Heart Team" de excelência discutindo o impacto prático e os dados inéditos da intervenção mitral no Brasil.



Dr. Dimytri Siqueira

Investigador Principal (PI) SurViv
& Diretor Científico SBHCI



Dr. Henrique Ribeiro

Palestrante: Evolução
Técnica & Planejamento



Dr. José Airtton de Arruda

Moderador &
Presidente SBHCI



Dr. Ari Mandil

Moderador &
Especialista Estrutural



Dra. Fernanda Mangione

Debatedora: Lifetime
Management



Dr. Rogério Sarmento Leite

Debatedor: Atualização
de Diretrizes



Dr. Vinicius Daher Vaz

Debatedor: Subestudo
Tomográfico & HALT

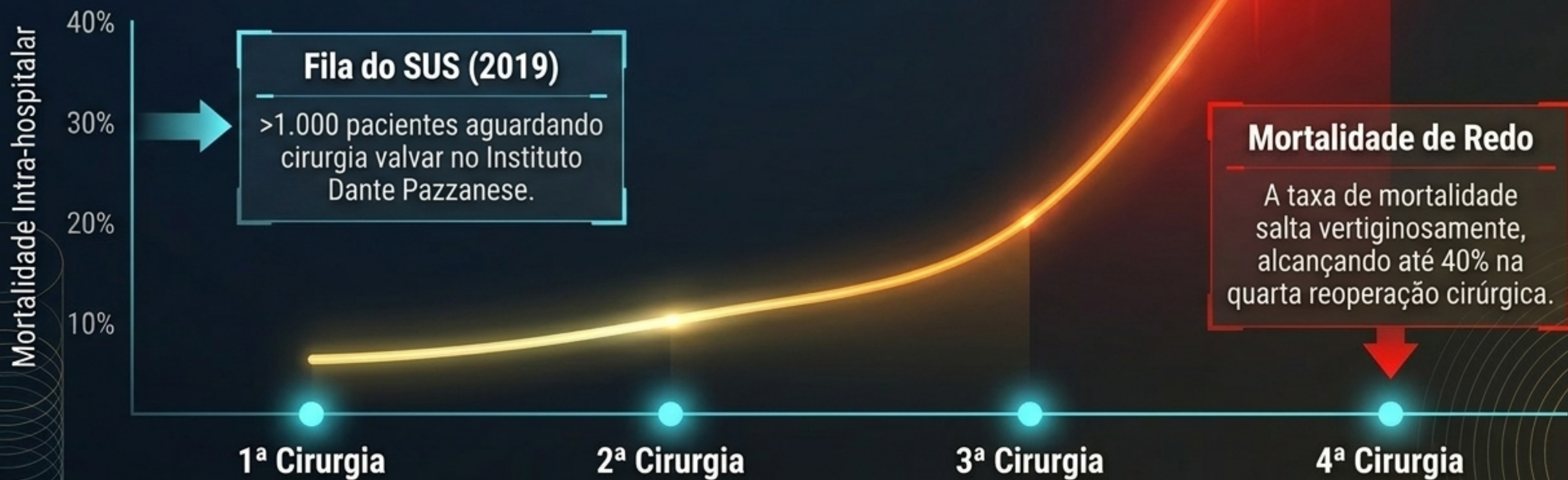


Dr. Adriano Dourado Oliveira

Debatedor: Prática Clínica
& Resultados

A inexorável degeneração e o alto custo da reoperação

Todas as biopróteses degeneram entre 10 e 15 anos. Em uma população jovem e predominantemente reumática, múltiplas reintervenções são inevitáveis, escalando o risco cirúrgico de forma dramática.



A evolução do acesso moldou a segurança do procedimento

O sucesso atual do ViV Mitral é resultado de uma década de otimização técnica, culminando no abandono da via transapical.

Via Transapical (2009 - 2011)



Marco: 1º caso mundial (2009) e brasileiro (2011).

Impacto Fisiológico: Alta injúria miocárdica e dano tecidual direto.

Desfecho Clínico: Mortalidade aguda elevada atrelada à injúria de acesso.

Status Atual: Histórico / Exceção anatômica.

Via Transseptal (Atualidade)



Marco: 1º caso na França (2011); Validado por dados brasileiros.

Impacto Fisiológico: Preservação do miocárdio. Punção ideal mid-fossa posterior.

Desfecho Clínico: Significativa redução de mortalidade em 1 ano.

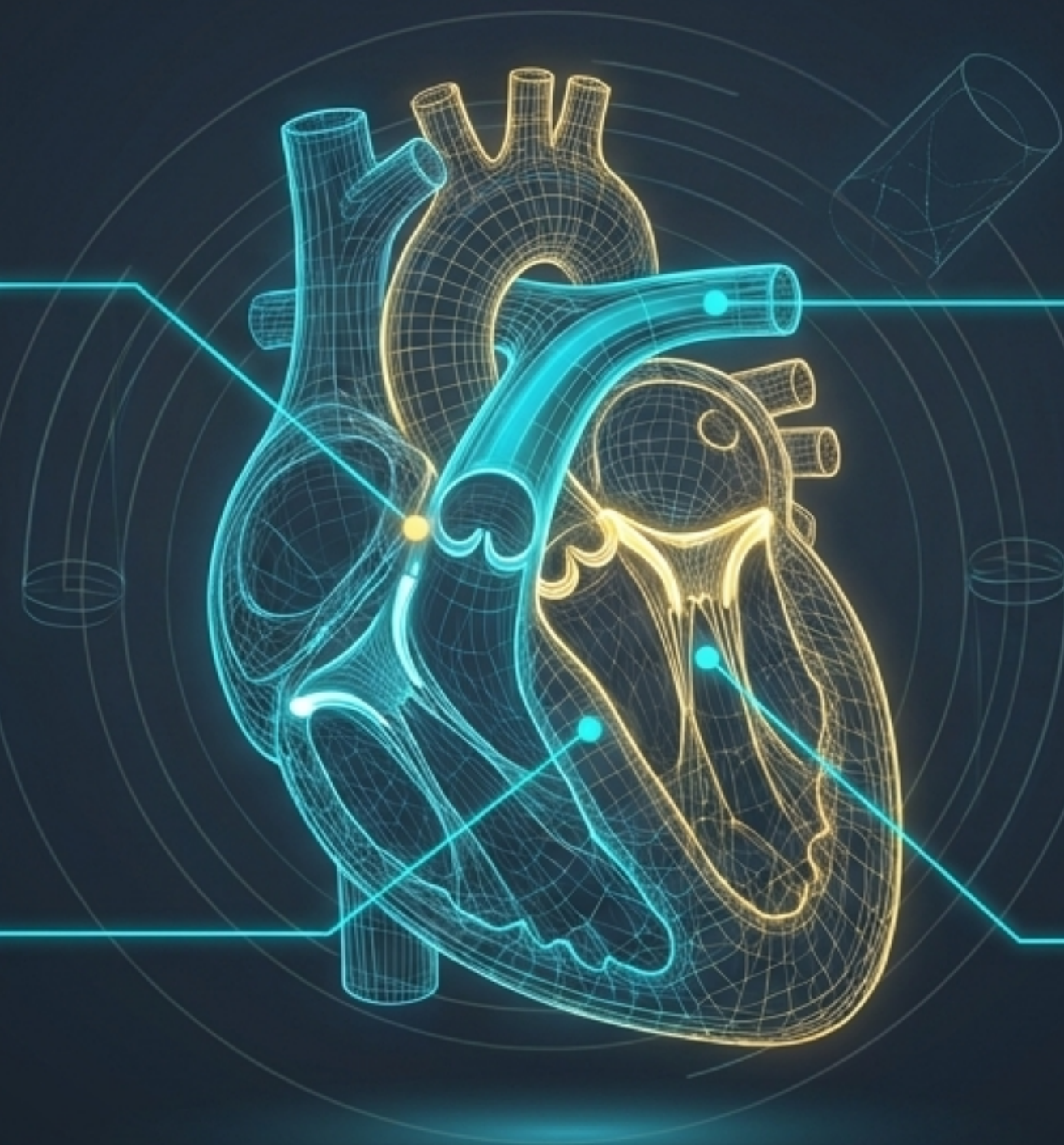
Status Atual: Via de Eleição (utilizada em 99% do estudo SurViv).

O planejamento tomográfico define o sucesso estrutural

A gestão de risco no ViV Mitral exige mapeamento milimétrico da prótese cirúrgica prévia e da nova via de saída do ventrículo esquerdo (Neo-LVOT).

1. Identificação da Prótese (Mismatch Risk)

Uso de **Apps** para **True ID**. Fratura da prótese cirúrgica pode ser necessária para evitar estenose residual.



2. Análise da Neo-LVOT (Obstruction Risk) ⚠

O folheto antigo pode obstruir a via de saída. **Regra Crítica:** Área < 170 mm² na TC prediz alto risco (Critério de exclusão).

3. Distância Septal

Medição da **distância do septo** para a prótese (ideal: 17-18 mm) para guiar a dilatação septal.

4. Estratégias de Resgate ↻

Se Neo-LVOT for pequena, considerar **alcoolização septal** ou **modificação de folheto** (LAMPOON).

SurViv: O primeiro ensaio randomizado global para ViV Mitral

Desenhado em 2019 para preencher a maior lacuna de evidência no tratamento transcatheter, patrocinado pela saúde pública brasileira.

População

Disfunção severa e sintomática de bioprótese mitral.
Sem uso de escores clássicos (STS/EuroScore) como limitadores, refletindo decisão pragmática do Heart Team.

Apoio e Estrutura

Patrocínio SUS / Fundação Adib Jatene
Realizado em 7 Hospitais do SUS
Doação de 100 próteses pela Edwards Lifesciences.

**Estudo
SurViv**
150 Pacientes

Randomização (1:1)

75 Valve-in-Valve Transcatéter
vs.
75 Cirurgia de Retroca (Redo).

Desfecho Primário

Composto de **mortalidade por todas as causas** e **AVC** com seqüela em 1 ano.

Uma coorte desafiadora, reflete a realidade reumática brasileira

Ao contrário das cortes europeias e americanas (média de 72 anos), o estudo SurViv capturou a complexidade da doença reumática crônica.

58 Anos

Média de Idade

Uma população notavelmente mais jovem, 70% do sexo feminino. Tempo médio desde a última cirurgia: 14 anos.

70%

Hipertensão Pulmonar

Pacientes com HP pelo menos moderada no baseline; 35% com HP severa, elevando o risco cirúrgico intrínseco.

25%

Múltiplas Cirurgias

Um quarto dos pacientes já havia sido submetido a mais de uma intervenção de peito aberto prévia.

Execução Transseptal vs. A complexidade do Redo Cirúrgico

O procedimento ViV provou ser previsível e seguro, enquanto a reabordagem frequentemente exigiu intervenções concomitantes.

ViV Transcatéter (n=75)



- **Via de Acesso:** ~100% Transseptal (1 caso transatrial).
- **Dispositivo:** SAPIEN 3 grande (29mm) em >70% dos casos.
- **Segurança Aguda:** ZERO conversões para urgência. ZERO casos de obstrução de via de saída.

Retroca Cirúrgica (n=72)



- **Procedimentos Concomitantes:** Altamente frequentes.
- **Reparo Adicional:** 14% necessitaram de reparo tricúspide.
- **Oclusão Adicional:** 26% exigiram oclusão do apêndice atrial esquerdo.

Desfecho Primário: Redução maciça de mortalidade e AVC em 1 ano

A diferença de segurança emergiu nas primeiras semanas e manteve-se consistente em todos os subgrupos.



Valve-in-Valve Mitral

5.3%

Cirurgia de Retroca

20.8%

Hazard Ratio: 0.23 (Redução de risco relativo esmagadora a favor da terapia percutânea).
Segurança em 30 Dias: Zero óbitos e zero AVCs no braço ViV. O braço cirúrgico concentrou sangramentos e fibrilação atrial aguda.

Recuperação expressiva, com nuances hemodinâmicas

O ganho em tempo de internação é inegável, embora a remoção da prótese antiga permita uma área marginalmente superior na cirurgia.

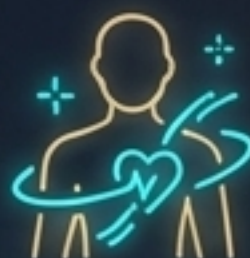


Tempo de Internação

ViV: 4 Dias

Cirurgia: 14 Dias

Insight: A diferença morbidade periprocedimento traduz-se em 10 dias a menos de ocupação.



Qualidade de Vida

- Ambos apresentaram melhora marcada na classe funcional (NYHA) e escores de qualidade de vida.
- Nenhuma diferença estatística entre as estratégias.



Perfil Ecocardiográfico

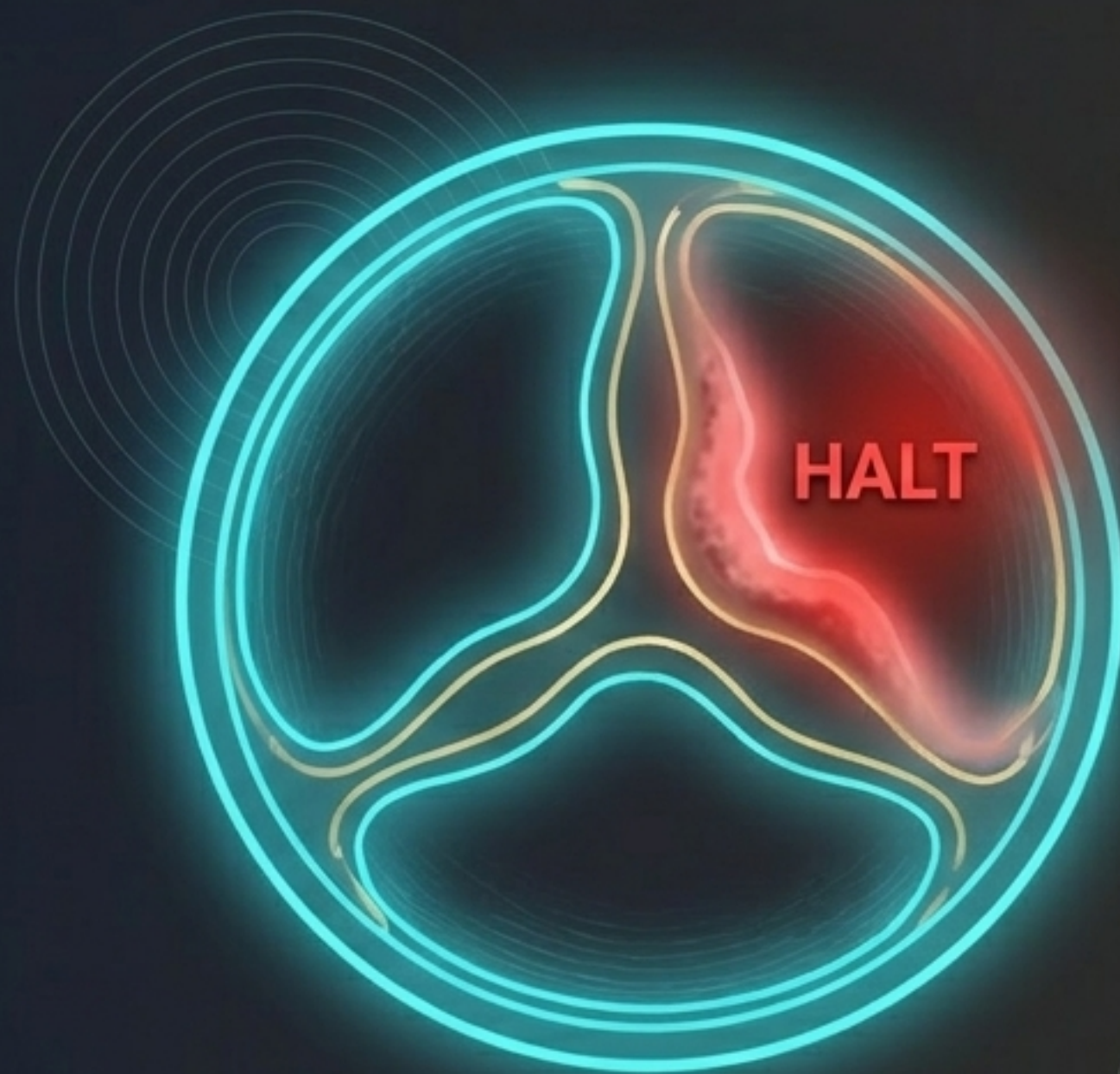
- O grupo cirúrgico obteve menor gradiente residual e maior área efetiva.
- Motivo estrutural: O ViV possui uma limitação física de expansão inerente ao anel rígido da prótese prévia.

O desafio oculto: Readmissões cardiovasculares e HALT

Apesar da superioridade na mortalidade, o ViV Mitral apresentou maior taxa de re-hospitalização (**16% vs 2.8%**), frequentemente ligada à trombose.

O Subestudo Tomográfico (3 Meses)

- **Achado (HALT):** Incidência de **32%** de espessamento hipoatenuado de folheto no grupo ViV (vs. **2%** cirúrgico).
- **Apresentação:** Maioria **assintomática**, detectada apenas por TC. Quatro casos resultaram em internação.
- **Manejo Eficaz:** A intensificação da anticoagulação (adição de Aspirina com INR na faixa) resultou na **resolução total** em 1 ano.



O consenso técnico: A obrigatoriedade da Pós-Dilatação

A prevenção de HALT exige expansão e coaxialidade perfeitas, impulsionando a mudança crítica na técnica intraoperatória.

Canting / Under-expanded



Fully Expanded



Dinâmica da Trombose

A falta de expansão simétrica e o 'canting' (angulação desalinhada dos folhetos) são os maiores preditores de trombose subclínica.

A Lição do SurViv

- **Prática Antiga:** Dilatação com o balão complacente do próprio sistema de entrega.
- **A Nova Fronteira:** Necessidade absoluta de balões não complacentes de alta pressão (ex: True Balloon 28mm).
- **O Veredito:** Pós-dilatar 100% dos casos para maximizar a área e erradicar o risco trombótico.

Lifetime Management: Tratando o paciente de 58 anos

Como os dados alteram a jornada de pacientes jovens que enfrentarão múltiplas intervenções?



A Opção Metálica

Teoricamente ideal, porém barreiras socioeconômicas no SUS e risco hemorrágico crônico limitam o uso seguro de anticoagulantes contínuos



O Desejo do Paciente

Mulheres operadas em idade fértil e pacientes avessos ao controle de INR exigem biopróteses, tornando a degeneração precoce um fato inevitável



A Estratégia do "Salto"

O ViV "pula" uma cirurgia agressiva hoje. O debate atual é se ter duas próteses aninhadas tornará um futuro explante cirúrgico inviável em 10 anos.



Individualização Terapêutica

A indicação ganha liberdade, mas exige um Heart Team visionário para mapear décadas de sobrevivência, não apenas resolver a crise atual.

A mudança de paradigma nas diretrizes brasileiras

O estudo **SurViv** fornece os dados definitivos para reescrever os protocolos de tratamento.

O Passado (Diretriz 2020)

- Baseado exclusivamente em registros observacionais retrospectivos.
- Classificação: Classe IIa, Nível de Evidência B.
- Indicado primariamente como resgate para pacientes inoperáveis.

A Nova Realidade (Pós-SurViv)

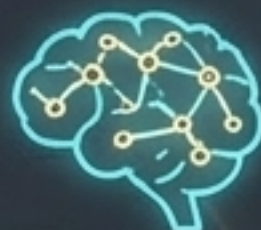
- Primeira **evidência randomizada** de **superioridade** em **mortalidade/AVC**.
- Comprova **segurança** em coortes jovens (58 anos) e reumáticas.
- **Projeção**: Equalização ou status de **Terapia de Eleição** contra a retroca cirúrgica na próxima atualização de diretrizes.

O debate continua no ecossistema SBHCI

Aprofunde-se nos dados do estudo SurViv e participe do futuro da cardiologia intervencionista.

Acesso Imediato: Catlabflix

Assista a este webinar na íntegra. Explore as apresentações, interaja com IA, e gere mapas mentais dinamicamente na nova plataforma gratuita da SBHCI.



Próximos Passos Clínicos

SBHCI / SOLACI: Discussão expandida das técnicas de pós-dilatação e manejo do risco trombótico.

Latan Valves 2027 (WTC Golden Hall)

O epicentro das inovações estruturais, onde o acompanhamento do SurViv ditará os novos caminhos.