

## A Técnica de Duplicação de Orifício na Plastia Valvar Mitral: 35 Anos de História

*The Double-Orifice Technique in Mitral Valve Repair: 35 Years of History*

Pablo Maria Alberto Pomerantzeff,<sup>1</sup> Carlos Manuel de Almeida Brandão,<sup>1</sup> Arlindo Riso,<sup>1</sup> Fabio Biscegli Jatene<sup>1</sup>  
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,<sup>1</sup> São Paulo, SP - Brasil

As vantagens da plastia valvar mitral são menor morbimortalidade, redução do risco de tromboembolismo e endocardite, melhora na sobrevida e melhor preservação da função ventricular esquerda. A causa mais comum de regurgitação mitral degenerativa é a válvula mixomatosa com prolapso segmentar do folheto posterior; esta lesão pode ser corrigida por técnicas clássicas, como a ressecção quadrangular, mas outras lesões podem exigir técnicas cirúrgicas mais complexas, por exemplo, correção de prolapso do folheto anterior ou doença de Barlow. A plastia valvar mitral em pacientes reumáticos ainda é um desafio.

Em dezembro 1984, Adib Domingos Jatene MD, PhD realizou a primeira “duplicação de orifício mitral”, em uma paciente feminina com insuficiência mitral por ruptura das cordas do folheto anterior (Figura 1). A técnica restaurou a competência mitral ancorando a borda livre dos folhetos em prolapso à borda livre correspondente do folheto oposto com um ponto de polipropileno 5-0 reforçado com compressas. A paciente apresentou boa evolução imediata e tardia.

Em 1998, Maisano et al.<sup>1</sup> publicaram a técnica de “duplicação de orifício mitral”, conhecida como a técnica “borda a borda”, que vinha sendo realizada desde 1991, segundo os autores. Subsequentemente, Alfieri et al.

publicaram os resultados de médio prazo desta técnica única,<sup>2</sup> mostrando a sua eficácia e durabilidade, e o mesmo grupo recentemente publicou os resultados de longo prazo (18 anos).<sup>3</sup>

Desde 1980, nós realizamos a plastia valvar mitral com diferentes técnicas, incluindo a “duplicação de orifício mitral”, conforme publicado em 1994 pelo nosso grupo,<sup>4</sup> com bons resultados a longo prazo (17 anos).<sup>5</sup> Realizamos este tipo de plastia valvar mitral em pacientes com anel valvar largo no sentido de não haver risco de causar estenose. Evidentemente, a degeneração dos tecidos das cúspides deve ser avaliada no ato operatório, assim como as cordas tendinosas e os músculos papilares, mas é necessário lembrar que, corrigida a insuficiência mitral, o estresse das cúspides é fortemente reduzido. Outro detalhe importante em qualquer plastia valvar mitral é a análise da coaptação entre as cúspides anterior e posterior, por meio do teste de solução salina, injetada pela mitral no ventrículo esquerdo. Quando utilizamos a duplicação de orifício mitral, devemos verificar não apenas a coaptação no local da duplicação, que obviamente é boa, visto que existe uma sutura entre as cúspides, mas também a coaptação em toda a extensão da borda entre as cúspides anterior e posterior.

### Palavras-chave

Valva Mitral/cirurgia; Doenças das Valvas Cardíacas/cirurgia; Morbidade e Mortalidade; Tromboembolismo/prevenção e controle; Endocardite/prevenção e controle.

#### Correspondência: Pablo Maria Alberto Pomerantzeff

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Doutor Enéas de Carvalho Aguiar, 44. CEP 05403000, São Paulo, SP – Brasil

E-mail: dcipablo@incor.usp.br, pablo.pomerantzeff@hotmail.com

Artigo recebido em 01/02/2021, revisado em 03/03/2021, aceito em 03/03/2021

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210067>

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo		ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	
<b>RELATÓRIO DE CIRURGIA PRONTUÁRIO</b>			
Nº DE REGISTRO 0032334	DATA DA CIRURGIA 04/12/84	NOME DO PACIENTE Prof. Adalberto Jafine	CINEMA EVAL 586.174
1º ASSISTENTE Dr. Antônio	2º ASSISTENTE Dr. Glaucio	Nº MATRÍCULA DO 1º ASSISTENTE 16.888	Nº MATRÍCULA DO 2º ASSISTENTE 16.270
TIPO DE ANESTESIA geral	AGENTE ANESTÉSICO Dr. Maina	NOME DE FÉRIO DA ANESTESIA	NOME DE TERMO DA ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO DURA LESÃO MITRAL — 394.2 DIAGNÓSTICO (S) POS-OPERATÓRIO - INSUFICIÊNCIA MITRAL POR ROTURA DE CORDA NO POLÍCETO DE PAPIR — 424.0			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) - PLÁSTICA DE VALVA MITRAL: DUPLICAÇÃO DE ORIFÍCIO MITRAL (32.034.01.0)			
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
BÓRSA DE CONSULTA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO AO PACIENTE APÓS TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input checked="" type="checkbox"/> TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO DURANTE ATO CIRÚRGICO			
*A QUALIDADE DO PRÓPRIO ATENDIMENTO MÉDICO DEPENDE DIRETAMENTE DA EXATIDÃO DOS DADOS ANTERIORES NESTE DOCUMENTO.*			

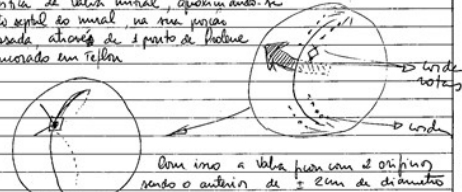
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
1. Incisão lateral direita no 4º EICE da linha hídica e linha 2. Quebra hídica no meio supraumbilical 3. Abertura longitudinal do Pleuradio 4. Incisões da OEC mediante canulação de Blaf Ant-Tenorel D e canulas em Cava 5. Espalhamento a 32° Pinçamento de Arta com pinças de compressão por 10s x 16, trado da linha Arta 6. Abertura do AE. Valva testada com corajá sintético Valva hídica: não competente na sua posição média por pulso ao folheto septal devido a rotura de corda. Anel hídica de 1º 6cm. Solta sem lesão 7. Fato física de Valva mitral, aproximando-se o folheto septal ao mural, na sua porção posterior através de 1 ponto de sutura e o ancorado em Teflon  <p>Com isso a Valva ficou com o orifício                      sendo o anterior de 1,2cm de diâmetro</p> 8. Teste de Valva com lavas batendo nos horns fato de insuficiência 9. Teste de Ar pelo AE e Arta. Espalhamento de Arta. Apertamento 10. Fechamento do AE com humber e o sistema completo 11. Saida de OEC com monitoração do AE (±10mmHg) sem intercorrências 12. Hemostase e lavagem de Hemostase 13. Preensão do HD 14. Fatura de Trocar Torácico	
DATA 4/12/84	ASSINATURA DO MÉDICO Antônio Jafine

Figura 1 – Relatório de cirurgia de plastia valvar mitral pela técnica de duplicação de orifício.

Referências

- Maisano F, Torraca L, Oppizzi M, Stefano PL, D’Addario G, La Canna G, et al. The edge-to-edge technique: a simplified method to correct mitral insufficiency. Eur J Cardio-thorac Surg. 1998;13(3):240-6.
- Alfieri O, Maisano F, De Bonis M, Stefano PL, Torraca L, Oppizzi M. The double-orifice technique in mitral valve repair: A simple solution for complex problems. J Thorac Cardiovasc Surg. 2001; 122(4):674-81.
- De Bonis M, Lapenna E, Maisano, F, Barili F, La Canna G, Buzzati N, et al. Long-Term Results (≤18 Years) of the Edge-to-Edge Mitral Valve Repair

- Without Annuloplasty in Degenerative Mitral Regurgitation: Implications for the Percutaneous Approach. Circulation. 2014;130(11 Suppl 1): S19-24.
- Pomerantzeff PMA, Brandão CMA, Monteiro ACM, Nercessian AC, Zeratti AE, Stolf NAG, et al. Mitral valve repair: 12 years experience and evolution of techniques. Braz J Cardiovasc Surg. 1994;9(1):22-8.
- Pomerantzeff PMA, Brandão CMA, Faber CN, Fonseca MH, Puig LB, Grinberg M, et al. Mitral valve repair: seventeen years experience. Braz J Cardiovasc Surg. 1999;14(3):185-90.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons