



Lesiones de la válvula aórtica

M.A. Longás Tejero*, J. Santa Cruz Hernández, X.E. Guerra Torres, R. Araoz Illanes y A. García Lledó

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Estenosis aórtica
- Insuficiencia aórtica
- Evaluación Diagnóstica
- Manejo

Keywords:

- Aortic stenosis
- Aortic regurgitation
- Diagnostic evaluation
- Management

Resumen

Estenosis aórtica (EAo): Etiología: la causa más frecuente de EAo en la actualidad es la EAo calcificada degenerativa relacionada con la edad. **Evaluación diagnóstica:** la ecocardiografía transtorácica es la principal herramienta diagnóstica, también para el seguimiento. Otras técnicas diagnósticas útiles son el ECG basal, la ecocardiografía de estrés con esfuerzo y con Dobutamina, la ecocardiografía transesofágica, la ergometría, la TAC multicorte y la RM cardiaca, los péptidos natriuréticos y el cateterismo cardiaco. **Manejo:** se debe intervenir sobre los pacientes con EAo severa sintomática, principalmente con cirugía de recambio valvular aórtico, y si el riesgo quirúrgico es muy alto, la TAVI puede ser una adecuada alternativa.

Insuficiencia aórtica (IAo): Etiología: se produce por enfermedad primaria de la válvula aórtica y/o de la raíz aórtica. **Evaluación diagnóstica:** la ecocardiografía transtorácica también es la principal herramienta diagnóstica y para el seguimiento. Otras técnicas diagnósticas útiles son el ECG basal, la ecocardiografía transesofágica, la TAC multicorte y la RM cardiaca, la ergometría y el cateterismo cardiaco. **Manejo:** la IAo severa aguda debe ser sometida a cirugía urgente. En la IAo severa crónica, cuando aparecen síntomas y/o disfunción sistólica ventricular izquierda hay que realizar cirugía de la válvula aórtica. A veces hay que efectuar cirugía de la raíz aórtica y aorta ascendente, y se llevará a cabo con independencia de la severidad de la IAo.

Abstract

Aortic valve lesions

Aortic stenosis (AS): Etiology: presently, the most frequent cause of AS is the related to age degenerative calcificated AS. **Diagnostic evaluation:** transthoracic echocardiography is the key diagnostic tool, also for follow-up. Other useful diagnostic techniques are basal EKG, exercise and Dobutamine stress echocardiography, transesophageal echocardiography, exercise stress testing, multi-slice CT and cardiac MR, natriuretic peptides and cardiac catheterization. **Management:** we must intervene on patients with symptomatic severe AS, mainly by surgical aortic valve replacement, and if surgical risk is very high, TAVI can be a suitable alternative.

Aortic regurgitation (AR): Etiology: it can be caused by aortic valve and/or aortic root primary disease. **Diagnostic evaluation:** transthoracic echocardiography is the key diagnostic tool too, also for follow-up. Other useful diagnostic techniques are basal EKG, transesophageal echocardiography, multi-slice TC and cardiac MR, exercise stress testing and cardiac catheterization. **Management:** severe acute AR must be urgently operated. In chronic severe AR, when symptoms and/or left ventricular systolic dysfunction appear, we must undertake aortic valve surgery. Sometimes, it is necessary to perform surgery on aortic root an ascending aorta, and it will be performed whatever the severity of AR.

*Correspondencia
Correo electrónico: malongas@hotmail.com

Introducción

Las enfermedades de las válvulas cardíacas (valvulopatías) del adulto han experimentado en los últimos años cambios importantes desde el punto de vista etiológico, especialmente en Europa y Estados Unidos^{1,2}. Así, han disminuido de forma muy significativa los casos de valvulopatía reumática, ya que la fiebre reumática prácticamente ha desaparecido en los países desarrollados gracias a su prevención primaria. En la actualidad, la etiología más frecuente es la degenerativa, de manera que está creciendo de forma evidente el número de adultos mayores con valvulopatía calcificada degenerativa asociada a la edad (sobre todo estenosis aórtica –EAO– calcificada degenerativa e insuficiencia mitral –IM– degenerativa)^{1,2}. Por ello, las valvulopatías constituyen, cada vez más, un problema de la población de edad avanzada², especialmente en nuestro medio. Aun así, en los países en desarrollo y con bajos ingresos, la fiebre reumática sigue siendo la causa dominante de valvulopatía cardíaca³. En la actualidad, aproximadamente dos tercios de todas las intervenciones de cirugía cardíaca en los países desarrollados consisten en una sustitución o recambio de la válvula aórtica por prótesis, con mayor frecuencia por EAO¹. La mejoría clara que se ha producido en las técnicas quirúrgicas y en las técnicas percutáneas para tratar las valvulopatías hace que ambas se consideren con mayor precocidad para tratarlas².

Estenosis aórtica

Etiología de la estenosis aórtica

La EAO es, junto con la IM degenerativa, la valvulopatía más frecuente actualmente en nuestro medio². De hecho, se considera que la EAO ha llegado a ser la valvulopatía cardíaca más frecuente en Europa y Norteamérica^{4,6}; afecta, en promedio, al 25% de todos los pacientes con valvulopatía cardíaca crónica, y aproximadamente el 80% de los pacientes adultos con EAO valvular sintomática son varones³.

Actualmente, la forma etiológica más frecuente es la EAO calcificada degenerativa relacionada con la edad (en adultos mayores y en ancianos)^{1,4}, de forma que se estima que su prevalencia actual se sitúa entre el 2-7% de la población mayor de 65 años⁴. Consiste en un proceso de deterioro y calcificación valvular asociado a la edad que puede cursar de manera relativamente rápida², pero que no es pasivo sino que más bien comparte muchas características con la aterosclerosis vascular³.

La segunda causa más frecuente es la congénita, la EAO congénita por válvula aórtica bicúspide (VAoB)^{1,4}, que domina en el grupo de edad más joven, puede ser ya estenótica en el momento del nacimiento, pero es mucho más habitual que su función sea normal durante la infancia y que se vaya estenotando con los años (comúnmente, dentro de las primeras cuatro décadas de la vida, manifestándose por lo general como EAO severa después de los 50 años) como consecuencia de la calcificación de la válvula^{1,2}. Un subgrupo de pacientes con VAoB presenta agregación familiar coherente, con un perfil de herencia autosómico dominante con penetrancia incompleta^{1,3}, de manera que la prevalencia de VAoB en parientes de

primer grado de una persona afectada es de casi el 10%³. Algunos autores han apelado a un componente de herencia ligada al X, tal y como sugiere la aumentada prevalencia de VAoB en personas con el síndrome de Turner³. La coartación aórtica es una malformación congénita que puede asociarse a la VAoB³, pero a lo que se asocia con frecuencia la VAoB es a una dilatación de la aorta ascendente relacionada con una degeneración de la capa media de la aorta, pero no con el grado de disfunción valvular aórtica *per se*^{1,3}; esta aortopatía de la aorta ascendente que se asocia con frecuencia a la VAoB surge de forma independiente de la gravedad hemodinámica de la lesión valvular aórtica, y constituye un factor de riesgo para la formación de aneurisma de aorta ascendente y para la disección del mismo, siendo ambos procesos claramente más frecuentes en pacientes con VAoB que en pacientes con valvulopatía aórtica tricúspide y en la población general^{1,3}.

La tercera causa más frecuente de EAO es la reumática, que ocasiona primero fusión de las comisuras y posteriormente calcificación valvular; casi siempre se asocia a afectación reumática de la válvula mitral y a insuficiencia aórtica (IAo)¹⁻³. La EAO reumática es actualmente poco frecuente en los países desarrollados e industrializados, incluso rara, debido al claro descenso de la fiebre reumática en ellos¹⁻⁴.

Evaluación diagnóstica de la estenosis aórtica

Evaluación clínica

Realizar una anamnesis cuidadosa para detectar la presencia de síntomas¹⁻⁴: disnea de esfuerzo, angina (obliga a descartar enfermedad arterial coronaria –EAC– aterosclerótica), síncope y/o presíncope cardiogénicos (obstructivos o arrítmicos), fatiga (astenia) y debilidad en estadios ya muy avanzados. A veces la EAO se presenta principalmente como una insuficiencia cardíaca (IC) de origen desconocido⁴.

Es esencial en la anamnesis buscar y valorar la presencia de comorbilidades significativas en este grupo de pacientes⁴.

En la exploración física, el dato auscultatorio más característico es un soplo sistólico de eyección, rudo e intenso (en general de intensidad III o III-IV/VI) y de morfología romboidal¹⁻⁴, aunque en los casos más avanzados, cuando el gasto cardíaco disminuye, la intensidad del soplo sistólico aórtico decrece^{2,4}. El apagamiento o desaparición del 2R aórtico es específico de EAO severa, pero no es un signo sensible⁴.

Electrocardiograma basal de 12 derivaciones y radiografía simple de tórax

En la evaluación diagnóstica inicial, ambas pruebas son de obligada realización. La presencia de hipertrofia ventricular izquierda apoya el diagnóstico¹⁻⁴.

Ecocardiografía transtorácica

Destacamos las siguientes características:

1. Es fundamental como herramienta diagnóstica¹⁻⁴ y para el seguimiento periódico.
2. Confirma la presencia de EAO y valora su severidad y el grado de calcificación valvular.
3. Proporciona valiosa información para determinar la etiología de la EAO.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681302>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)