



4008-6. INFLUENCIA DEL FENOTIPO DE VÁLVULA BICÚSPIDE EN LA COARTACIÓN DE AORTA

María Rocío Gómez Domínguez, Luis González Torres, Blanca Muñoz Calero, Irene Méndez Santos, Carlos Caparrós Escudero, Sergio Rodríguez de Leiras, Marinela Chaparro Muñoz y Pastora Gallego García de Vinuesa del Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen Macarena y Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: La válvula aórtica bicúspide (VAB) se presenta en el 65% de los pacientes con una coartación de aorta (CoA) y es causa de reintervención en la vida adulta en pacientes con una coartación reparada en la infancia. Varios estudios sugieren que la dilatación y la distensibilidad de aorta y la función valvular dependen del fenotipo de VAB, pero qué proporción de los subtipos existe en la coartación y qué relación tienen estos con la dilatación de aorta ascendente y con la función valvular es poco conocido.

Métodos: Se revisan los hallazgos ecocardiográficos consecutivos en 50 pacientes con CoA reparada, con una edad media de 39 ± 14 años, 62% varones. Se analizan prevalencia de VAB, el fenotipo y las diferencias en la función valvular y en las dimensiones de aorta ascendente según el fenotipo.

Resultados: En 6 pacientes no pudo clasificarse la válvula aórtica y 27 (61%) tenían VAB, siendo la fusión de los velos coronario derecho e izquierdo (tipo A) el fenotipo más frecuente (68%). El 23% presentaban fusión coronario derecho-no coronario (tipo B) y el 9% no coronario-coronario izquierdo (tipo C). La lesión valvular más frecuente fue la insuficiencia = grado II (27%), requiriendo sustitución o reparación valvular el 4,5%. Encontramos una tendencia a la significación estadística en la relación entre el fenotipo y la presencia de lesión valvular moderada o grave (77% válvula normofuncionante en el tipo A vs 23% en los tipos B y C; $p = 0,07$). No encontramos diferencias significativas según el fenotipo o dimensiones de la raíz ($36,2 \pm 1,5$ mm tipo A vs $34 \pm 2,2$ mm tipo B y C, $p = 0,8$) ni de la aorta ascendente ($35,6 \pm 2$ mm vs $36,5 \pm 3,5$ mm respectivamente, $p = 0,4$). Curiosamente, la prevalencia de aneurisma en la región de la coartación fue mayor en tipo B y C que en tipo A (42% vs 25%; $p = 0,05$). Ni talla, ni gradiente transcoartación ni hipertensión arterial tenían asociación estadísticamente significativa con el tamaño de aorta ascendente. Sólo la edad se relacionaba con las dimensiones de aorta ascendente de forma significativa ($p = 0,05$).

Conclusiones: Al contrario de lo que ocurre en la VAB aislada, el fenotipo de la VAB en los pacientes con coartación de aorta no parece expresar una forma más grave del espectro de la aortopatía asociada a ambas lesiones. Sin embargo, si se relaciona con la progresión de la lesión valvular y la necesidad de cirugía sobre la válvula.