

## Insuficiencia aórtica de etiología poco habitual susceptible de reparación quirúrgica

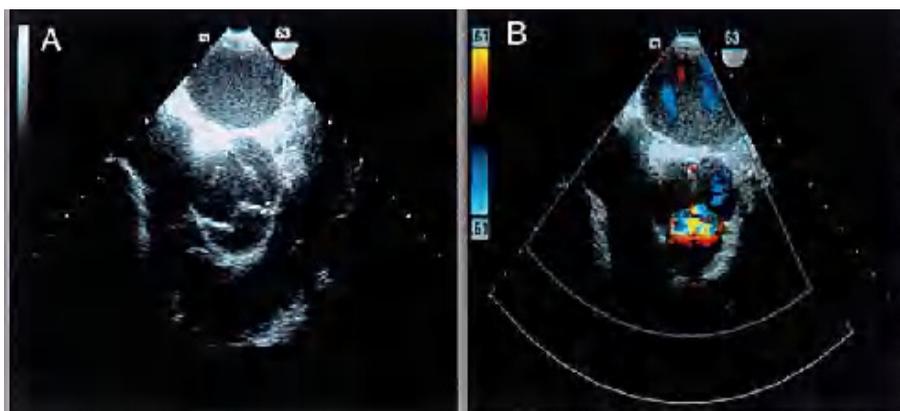
### Sr. Editor:

El mejor conocimiento de las valvulopatías y una valoración más precisa de su severidad y etiología mediante métodos no invasivos ha despertado el interés por las técnicas de reparación quirúrgica como alternativa al reemplazo valvu-

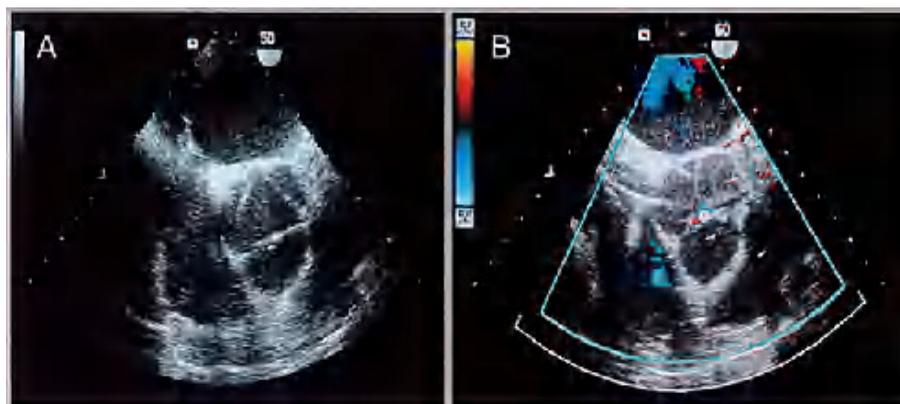
lar. Mientras en la valvulopatía mitral estas técnicas son de uso más sistemático, hay menos experiencia en la enfermedad valvular aórtica.

El motivo de esta carta al editor es la presentación de un caso de prolapso valvular como causa de insuficiencia aórtica en el que se realizó una reparación valvular con éxito, destacando el papel de la ecocardiografía para su diagnóstico, y la evaluación de los resultados quirúrgicos.

Se trata de un varón de 62 años diagnosticado de insuficiencia aórtica severa asintomática y sin criterios quirúrgicos ecocardiográficos que en los últimos meses presentó disnea de grado II/IV. Al realizar una nueva valoración ecocardiográfica se objetivó una válvula aórtica de velos finos y apertura normal, con prolapso amplio del velo coronario derecho en diástole, que originaba un *jet* de regurgitación excéntrico dirigido hacia la valva anterior mitral. En el eje largo del plano paraesternal, la anchura del *jet* era  $> 12$  mm, con un índice de regurgitación  $> 50\%$ , una vena contraída de 8-9 mm y un radio amplio de isovelocidad proximal. El diámetro telesistólico del ventrículo izquierdo era de 45 mm ( $26,47$  mm/m<sup>2</sup>) y la fracción de eyección del 66%. La aorta ascendente presentaba un tamaño ( $19,41$  cm/m<sup>2</sup>) y una morfología normales, y se registraba un retroceso holodiastólico mediante Doppler pulsado. Ante la posibilidad de una reparación quirúrgica se realizó una valoración transesofágica: en el plano transversal medioesofágico a  $63^\circ$  se observa el prolapso de la sigmoidea coronaria derecha, con un velo muy elongado, fino, sin imágenes de calcificación y normalidad en el resto de los velos (fig. 1A). En el registro Doppler-color se apreciaba un área de regurgitación severa ( $1,47$  cm<sup>2</sup>) (fig. 1B). El resto del estudio no aportó nuevos datos con respecto al ecocardiograma transtorácico. Las características anatómicas de la válvula aórtica eran favorables para la reparación quirúrgica, por lo que ésta se llevó a cabo mediante resección triangular y plicatura del velo coronario derecho. Se realizó una ecocardiografía transesofágica intraoperatoria (presión arterial 90/60 mmHg y frecuencia cardíaca 50 lat/min) en la que se evidenciaba la ausencia de prolapso (fig. 2A) y la presencia de un mínimo *jet* central de grado I/IV (fig. 2B). La evolución en el postoperatorio cursó sin complicaciones. Una nueva evaluación ecocardiográfica a los 6 meses mostró similares resultados a los del control posquirúrgico. El paciente se encontraba estable, en clase funcional I de la New York Heart Association.



**Fig. 1.** Ecocardiografía transesofágica. Plano transversal a  $63^\circ$ . Prolapso de sigmoidea coronaria derecha (A). Insuficiencia aórtica severa registrada mediante Doppler-color (B).



**Fig. 2.** Ecocardiografía transesofágica intraoperatoria. Anatomía valvular tras la resección triangular y la plicatura de velo coronario derecho (A). Estudio Doppler-color en el que se evidencia una mínima insuficiencia aórtica residual (B).

En la mayoría de los casos, el prolapso valvular se encuentra asociado con una enfermedad de la raíz aórtica o se produce tras la cirugía reparadora de ésta<sup>1,2</sup>, así como con enfermedades congénitas, como la comunicación interventricular o la válvula bicúspide. Con menos frecuencia se presenta, como en el caso que presentamos, como una afección aislada en la válvula tricúspide.

En los estudios de reparación valvular aórtica se incluye sobre todo a pacientes con disección aórtica crónica, anuloectasia aórtica o enfermedad congénita. El papel de la reparación en la enfermedad valvular aórtica aislada, no asociada con estas enfermedades, no está bien definido. Hay distintas técnicas de reparación quirúrgica de acuerdo con la clasificación funcional de la insuficiencia valvular aórtica: tipo I (dilatación anular), tipo II (presencia de tejido redundante) y tipo III (restrictivo)<sup>3-5</sup>. Los resultados de este tipo de intervención a corto-medio plazo son similares a los obtenidos con bioprótesis, homoinjertos y autoinjertos, y aunque no son comparables con la sustitución valvular, son una opción válida para pacientes seleccionados<sup>3-5</sup>. La supervivencia a los 7 años de la reparación quirúrgica es del 89% y es necesaria la reintervención en un 15% de los casos, según se refleja en las series más amplias publicadas sobre reparación valvular aórtica<sup>4,5</sup>. No obstante, se requieren más análisis para conocer la durabilidad a largo plazo, así como estudios controlados que permitan establecer una indicación quirúrgica más precoz que evite el deterioro ventricular izquierdo<sup>6</sup>.

Por último, queremos destacar el papel actual de la ecocardiografía en la valoración de la enfermedad valvular. Consideramos que debe estar encaminada no sólo a establecer criterios quirúrgicos, sino a realizar un análisis más detallado de la anatomía valvular que permita seleccionar ade-

cuadamente a los pacientes susceptibles de este tipo de intervención.

Ana Manovel-Sánchez<sup>a</sup>,  
Francisco López-Pardo<sup>a</sup>  
y Antonio Ordóñez-Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Khoury G, Vanoverschelde JL, Glineur D, Poncelet A, Verhelst R, Astarci P, et al. Repair of aortic valve prolapse: experience with 44 patients. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004;24:1-6.
2. Schäfers HJ, Aicher D, Langer F. Correction of leaflet prolapse in valve-preserving aortic replacement: pushing the limits? *Ann Thorac Surg.* 2002;74:S1762-4.
3. Haydar HS, HE G, Hovaguimian H, McIrvine DM, King DH, Starr A. Valve repair for aortic insufficiency: surgical classification and techniques. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1997;11:258-65.
4. Minakata K, Schaff HV, Zehr KJ, Dearani JA, Daly RC, Orszulak TA, et al. Is repair of aortic valve regurgitation a safe alternative to valve replacement? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004;127:645-53.
5. Carr JA, Savage EB. Aortic valve repair for aortic insufficiency in adults: a contemporary review and comparison with replacement techniques. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004;25:6-15.
6. Meier DJ, Landolfo CK, Starling MR. The role of echocardiography in the timing of surgical intervention for chronic mitral and aortic regurgitation. En: Otto CM, editor. *The practice of clinical echocardiography.* Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002. p. 389-416.