

de dilatación arteriovenosa prominente y formación de una masa que pasan inadvertidos son muy poco comunes.

Soichiro Ichikawa* y Shigeru Fukuzawa

Division of Cardiology, Funabashi Municipal Medical Center Heart and Vascular Institute Funabashi, Funabashi, Japan

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: so_ichi75@yahoo.co.jp (S. Ichikawa).

On-line el 4 de marzo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Peynircioglu B, Ozkan M, Dogan OF, Cil BE, Dogan R. Transvenous embolization of a spontaneous femoral AVF 5 years after an incomplete treatment with arterial stent-grafts. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2008;31:407-10.
2. Wang MQ, Xie CM, Wang ZP, Guan J, Gu XF, Liu FY. Treatment of acquired arteriovenous fistulas with interventional minimally invasive techniques. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2004;42:687-91.
3. Ilijevski NS, Nenezic DD, Sagic D, Radak D. Popliteal traumatic arteriovenous fistula. *Vascular*. 2005;13:309-12.
4. Ilijevski N, Radak D, Radevic B, Sagic D, Kronja G, Misovic S, et al. Popliteal traumatic arteriovenous fistulas. *J Trauma*. 2002;52:739-44.

doi:10.1016/j.recresp.2010.09.013

La ecocardiografía transesofágica en la valvulopatía aórtica congénita

Transesophageal Echocardiography in Congenital Aortic Valvulopathy

Sra. Editora:

A pesar de que nuevas técnicas de imagen, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, generalmente permiten identificar y valorar con detalle las anomalías de la válvula aórtica, la ecocardiografía transesofágica (ETE) continúa siendo útil y básica para su diagnóstico.

Las anomalías congénitas de la válvula aórtica suponen un 3-6% de las cardiopatías congénitas del adulto, de entre las cuales la más frecuente es la válvula aórtica bicúspide (supone el 2%) seguida de la

unicúspide y de la cuadrícúspide. Para ilustrar la validez y la utilidad de la ETE en su estudio, se presentan dos casos clínicos singulares.

Caso 1 (fig. 1). Varón de 30 años de edad diagnosticado en la infancia de válvula aórtica bicúspide y estudiado por disnea progresiva. La ecocardiografía transtorácica mostró que la válvula aórtica estaba muy estenosada y desestructurada, y se realizó una ETE para mejorar la valoración de su anatomía. Mediante la ETE, se detectó que se trataba de una válvula aórtica unicúspide (VAU) y unicomisural, la cual se hallaba muy calcificada y estenosada (fig. 1A); también había un aneurisma de la aorta ascendente, de 50 mm no complicado. Para completar el estudio preoperatorio se realizó una resonancia magnética que, sin embargo, informó de que la válvula aórtica era bicúspide (fig. 1C) así como de la existencia del aneurisma aórtico (fig. 1B) y de la ausencia de anomalías del nacimiento de las arterias coronarias. El paciente finalmente fue sometido a cirugía valvular y aórtica, y el cirujano confirmó la existencia de una VAU (fig. 1D).

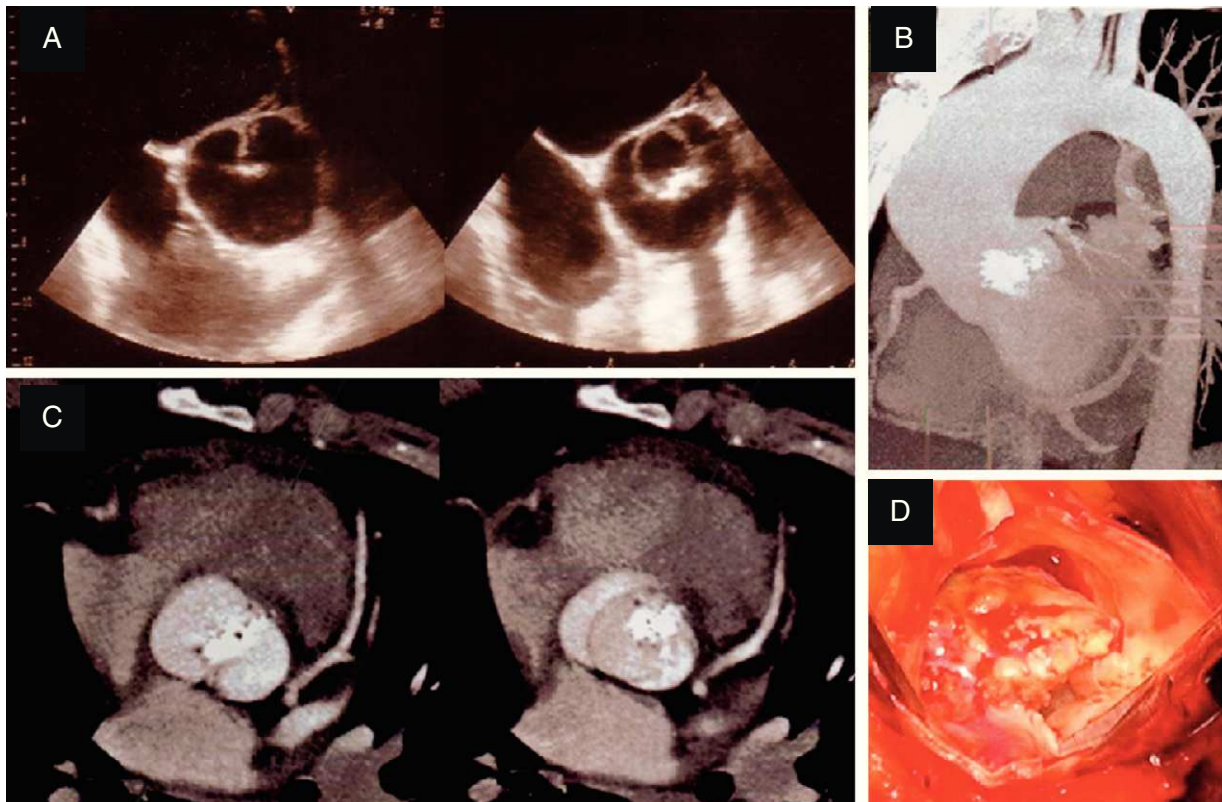


Figura 1. Válvula aórtica unicúspide.

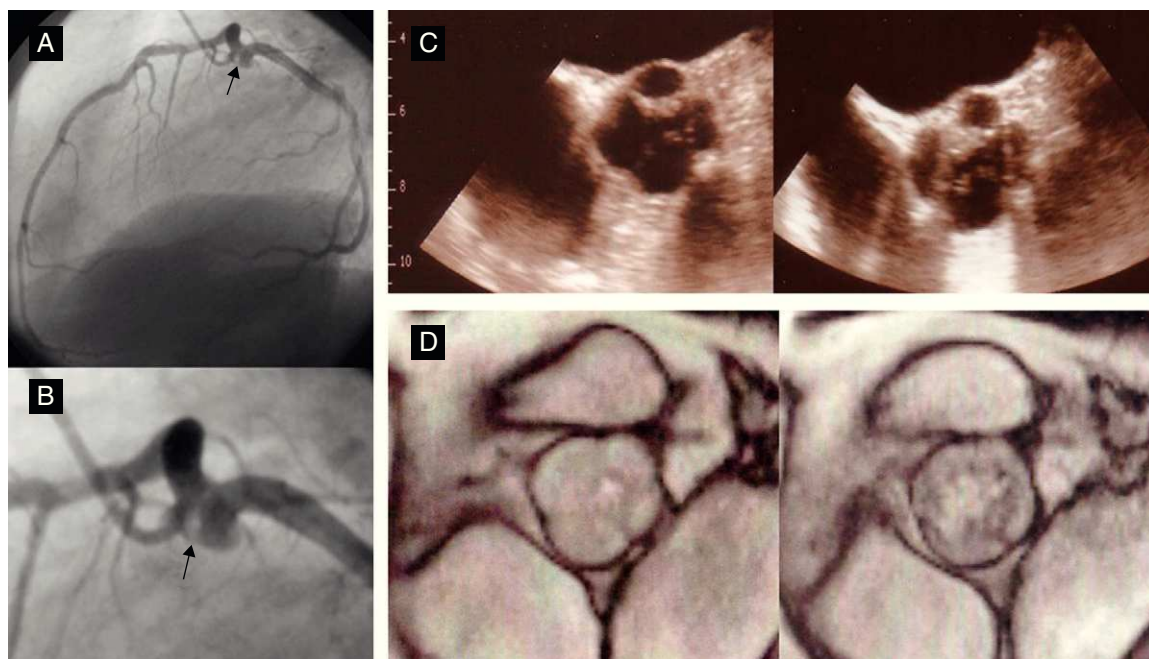


Figura 2. Válvula aórtica cuádrícuspide.

Caso 2 (fig. 2). Varón de 58 años de edad con historia de cardiopatía isquémica crónica revascularizada percutáneamente en dos ocasiones. Durante la coronariografía se había detectado un nacimiento anómalo independiente de las arterias coronarias descendente anterior y circunfleja (fig. 2A y B), así como una válvula aórtica esclerosada y con insuficiencia moderada. Dado que el acceso para la ecocardiografía transtorácica era deficiente, se realizó un ETE y se constató que se trataba de una válvula aórtica cuádrícuspide (VAC) tipo G, muy calcificada (fig. 2C) y moderadamente insuficiente. Para completar el estudio se realizó una resonancia magnética cardíaca, que en este paciente sí confirmó los hallazgos de la ETE (fig. 2D).

La VAC es una rara anomalía congénita, cuya prevalencia en series ecocardiográficas es del 0,02% y en series de operados por estenosis aórtica, del 4-6%. Las VAC generalmente son estenóticas y acaban requiriendo reemplazo en la tercera década de la vida. La variante anatómica unicomisural es la menos frecuente. La posición de los *ostia* coronarios suele ser normal, mientras que en ocasiones concurre una dilatación o un aneurisma de la aorta ascendente que predispone a la disección^{1,2}.

Por otro lado, la existencia de una VAC resulta aún más excepcional, con una prevalencia del 0,008% en series autópsicas, de un 0,013-0,043% en series ecocardiográficas, y del 1% en las de operados por regurgitación aórtica. Se describen siete tipos o variantes anatómicas; el tipo G (en el que las cuatro valvas aórticas son desiguales) es el menos frecuente. Las VAC suelen ser insuficientes y requerir reemplazo en la quinta o la sexta década de la vida. Realizar un diagnóstico preoperatorio de una VAC es importante, dado que en un 10% de los pacientes concurre un nacimiento anómalo de las arterias coronarias; el cirujano debe conocer esta circunstancia para evitar que, en la cirugía, la fijación de la prótesis valvular suponga la oclusión de los *ostia* coronarios anómalos^{3,4}.

Por consiguiente, en la valvulopatía aórtica, además de determinar si se trata de una anomalía congénita o adquirida y

evaluar su repercusión funcional, es necesario precisar la anatomía valvular. Las VAC pueden conllevar dilatación de la aorta ascendente, con el consiguiente riesgo de complicaciones a este nivel, y las VAC pueden asociar anomalías en el nacimiento de las arterias coronarias con potencial riesgo de eventos cardíacos fatales (como los derivados de la oclusión de los *ostia* coronarios durante la cirugía).

Actualmente, la ETE es una exploración accesible, rápida y poco invasiva que permite determinar el tipo de valvulopatía aórtica y detectar anomalías de la aorta ascendente y del nacimiento de las coronarias en la mayoría de estos pacientes.

Delicia I. Gentile-Lorente* e Íñigo Lechuga-Durán

Servicio de Cardiología, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tortosa, Tarragona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: dgentille.ebre.ics@gencat.cat
(D.I. Gentile-Lorente).

On-line el 15 de marzo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Sniećinski R, Shanewise J, Glas K. Transesophageal echocardiography of a unicuspid aortic valve. *Anesth Analg*. 2009;108:788-9.
2. Novaro G, Mishra M, Griffin B. Incidence and echocardiographic features of congenital unicuspid aortic valve in an adult population. *J Heart Valve Dis*. 2003;12:674-8.
3. Yotsumoto G, Iguro Y, Kinjo T, Matsumoto H, Masuda H, Sakata R. Congenital quadricuspid aortic valve: report of nine surgical cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;9:134-7.
4. Timperley J, Milner R, Marshall A, Gilbert T. Quadricuspid Aortic Valves. *Clin Cardiol*. 2002;25:548-52.

doi:10.1016/j.recesp.2010.09.015