



ESTENOSIS AÓRTICA

1 GENERALIDADES

Es la valvulopatía más frecuente, debido al progresivo envejecimiento de la población

- ❖ **Etiología:** Degenerativa, congénita (bicúspide), reumática
- ❖ **Síntomas:** Angor, síncope, disnea, muerte súbita (rara en asintomáticos)
- ❖ **Signos:** Soplo sistólico rudo irradiado a carótidas con R2 disminuido, pulso parvus et tardus.
- ❖ **Pronóstico:** Malo una vez iniciado los síntomas, tras fallo (2 años) tras síncope (3 años) y tras angor (5 años)

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1 Rx de tórax

- ❖ HVI, hipertensión venocapilar, calcificación valvular, dilatación de aorta ascendente
- ❖ Indicaciones: todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de estenosis aórtica

2.2 ECG

- ❖ HVI, alteraciones del ritmo
- ❖ Indicaciones: todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de estenosis aórtica

2.3 Ecocardiograma

- ❖ HVI, gradiente transvalvular elevado, fibrosis y calcificación. Número de velos (bicúspide), dilatación de raíz de aorta, Función sistólica (FE) y diastólica. En presencia de FA se realizarán varios gradientes y se hallará el promedio.
- ❖ Indicaciones: todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de estenosis aórtica

2.4 Ergometría

- ❖ Disminución de la capacidad de esfuerzo y respuestas anormales de la PA.
- ❖ Indicaciones: pacientes con estenosis aórtica severa en los que se dude de la presencia de síntomas

2.5 Estudio hemodinámico

- ❖ Gradiente pico-pico, gradiente medio, gasto cardíaco y área valvular
- ❖ Indicaciones: en caso de discrepancias clínico-ecocardiográficas (<10%), o ECO subóptimo

2.6 Coronariografía

- ❖ Descartar lesiones coronarias susceptibles de pontaje aortocoronario.
- ❖ Indicaciones: pacientes con estenosis aórtica con indicación de recambio valvular y con alguna de las siguientes características: mayores de 55 años en varones y de 60 en mujeres, antecedentes de angor o infarto y presencia de dos o más FRCV.



2.7 TAC/RMN

- ❖ Morfología y diámetros de la aorta ascendente.
- ❖ Indicaciones: pacientes con estenosis aórtica de cualquier grado en quienes la **raíz aórtica o la aorta ascendente estén dilatadas (>45 mm)** en el ecocardiograma, con la finalidad de orientar en la técnica quirúrgica a emplear.

3 CRITERIOS DE SEVERIDAD

ECOCARDIOGRAMA	Leve	Moderada	Severa
Velocidad (m/s)	< 3	3-4	>4
Grad max (mmHg)	< 36	36-64	> 64
Grad med (mmHg)	< 25	25-40	> 40
Area (cm ²)	>1,5	1-1,5	< 1
Indice area(cm ² /m ²)	>0,9	0,6-0,9	< 0,6

4 TRATAMIENTO

Todos los pacientes que tienen estenosis aórtica (EAo) de cualquier gravedad deben recibir profilaxis de endocarditis bacteriana. No existe tratamiento médico específico.

4.1 Paciente sintomático

Se recomendará recambio valvular si la estenosis es severa

4.2 Paciente asintomático con EAo severa

Se considerará el recambio valvular en los casos siguientes:

- ❖ Pacientes con disfunción sistólica (FEVI < 50%), aunque raramente estos pacientes están asintomáticos.
- ❖ Pacientes con respuesta anormal al ejercicio.

4.3 Paciente con EAo que ha de ser sometidos a otra cirugía cardíaca

Si el gradiente medio es > de 25 mmHg y la válvula es patológica (calcificada, desestructurada) el cirujano explorará la válvula durante el acto quirúrgico y si confirma los hallazgos morfológicos se procederá al recambio valvular valorando la edad del paciente.

4.4 Asintomático con EAo moderada o severa más dilatación de aorta ascendente

Esta situación es más común en pacientes con insuficiencia aórtica pero eventualmente puede observarse en algún paciente con estenosis aórtica. Se considerará la cirugía si la dilatación aórtica es >55 mm, confirmada por más de una técnica diagnóstica (eco, tomografía, resonancia o aortograma) o >50 mm si se trata de una aorta bicúspide.



4.5 Situaciones especiales

- ❖ Pacientes de edad muy avanzada (> 80 años). En este grupo de edad las indicaciones de cirugía son las mismas que en los de menor edad, pero en cada caso se individualizará, considerando todos los aspectos referentes a comorbilidad (calcificación severa de aorta ascendente) y valorando la relación riesgo-beneficio. Se será especialmente cauto en la indicación de cirugía en los pacientes asintomáticos de este grupo de edad.
- ❖ Pacientes con función ventricular deprimida y gradiente transaórtico bajo. Si se sospecha estenosis aórtica severa (área <1, severa calcificación valvular) se realizará eco con dobutamina para descartar pseudoestenosis y valorar la reserva contráctil del VI, indicándose cirugía en aquellos que se demuestre aumento del volumen sistólico > del 20%.
- ❖ Pacientes con estenosis aórtica severa, sin los criterios de cirugía previamente reseñados, que han de ser intervenidos de patología extracardíaca. Si la severidad de la patología extracardíaca hace que la intervención sea necesaria, se aconsejará proceder a la misma sin actuar previamente sobre la válvula aórtica, advirtiendo al anestesista de la existencia de la lesión valvular.

5 SEGUIMIENTO

5.1 Precirugía

- ❖ Ligera: ECO cada 2-3 años.
- ❖ Moderada: ECO anual.
- ❖ Severa asintomático: ECO cada 6 meses.

5.2 Postcirugía

- ❖ ECO al alta y luego seguimiento clínico anual por su cardiólogo de área, no siendo necesario realizar ecos de control rutinarios si la evolución clínica es satisfactoria y no hay cambios exploratorios.
- ❖ En las prótesis biológicas se aconseja ECO a partir del 8 año aunque el paciente este asintomático.

