

## Imágenes

# Infradiagnóstico actual de la válvula aórtica unicúspide mediante distintas pruebas de imagen

## Current infradiagnóstico of the unicuspid aortic valve through different image tests

Delicia I. Gentile Lorente

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. IISPV, Tarragona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 6 de Mayo de 2018

Aceptado después de revisión

el 27 de Mayo de 2018

[www.revistafac.org.ar](http://www.revistafac.org.ar)

#### Palabras clave:

Válvula aórtica unicúspide.

Pruebas de imagen.

Ecocardiografía.

#### Keywords:

Unicuspid aortic valve.

Image tests.

Echocardiography.

El autor declara no tener conflicto de intereses

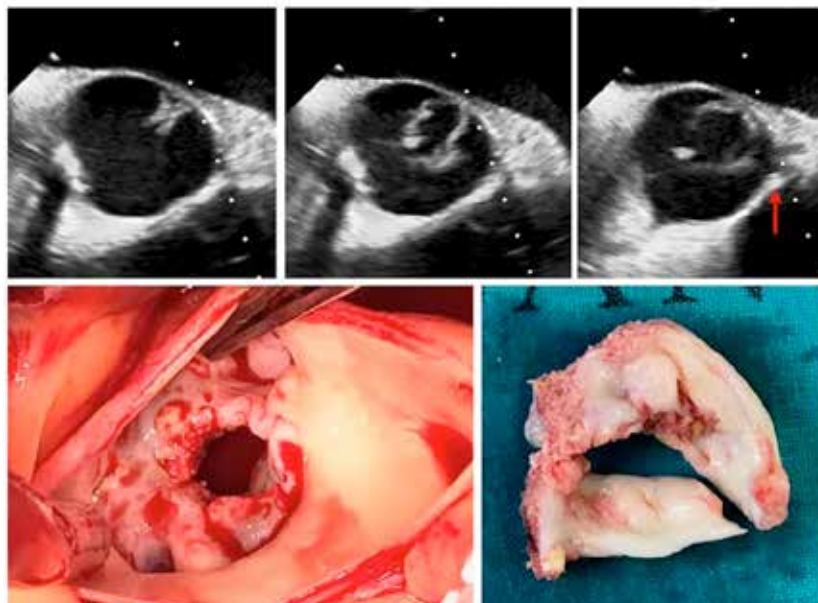


FIGURA 1.

Las anomalías congénitas de la válvula aórtica suponen el 3-6% de las cardiopatías congénitas del adulto, siendo la más frecuente la válvula aórtica bicúspide (2%) seguida por la unicúspide (VAU) y de la cuadrícúspide. La prevalencia de la VAU en series ecocardiográficas es del 0.02%, y en series de operados por estenosis aórtica, con o sin insuficiencia, del 4-5%<sup>1-2</sup>. No obstante, a pesar de que las nuevas técnicas de imagen (tomografía computerizada y resonancia magnética) permiten valorar con precisión la anatomía cardíaca, y de que los ecocardiógrafos actuales, y especialmente la ecocardiografía transesofágica, permiten igualmente su estudio detallado, la VAU continúa infradiagnosticada.

Se reporta la experiencia en este campo de un gabinete de ecocardiografía donde, de entre una media de 1500 ecos/año, se han detectado 3 casos en 15 años. Las características de dicha cardiopatía congénita y los principales hallazgos en estos pacientes, en general<sup>1-5</sup>, así como los detectados en los 3 pacientes de la serie, en particular, se muestran y comparan en la *Tabla 1*.

La VAU constituye una rara anomalía congénita a considerar en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes con valvulopatía aórtica, especialmente estenosis. La *Figura 1* pone en evidencia una VAU, en diástole y sístole, junto a la anomalía coronaria asociada con ostia independientes de las arterias coronarias descendente anterior y

TABLA 1.

Características antropométricas de la población estudiada.

	Características generales de la VAU	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Sexo	Ratio hombre:mujer 4:1	Hombre	Hombre	Hombre
Edad al diagnóstico (años)		16	29	30
Pruebas de imagen diagnósticas	Ecocardiografía, TC y RM	ETT en 2016	ETE en 2009	ETE en 2017
Diagnósticos previos.	Con frecuencia está infradiagnosticada en las pruebas de imagen e incluso durante la cirugía (5% de las EAO se dx de VAO unicuspid durante la CIR)	- ETT 2009 y 2011: VA tricúspide funcionalmente bicúspide. - ETT 2013 y 2014: VA bicúspide.	- ETIs durante la infancia: VA bicúspide. - TC 2009: VA bicúspide.	- ETIs durante la infancia: VA tricúspide. - ETT 2017: VA bicúspide. - RM 2017: VA tricúspide
Tipo VAU	- Unicomisural: es la más frecuente - Acomisural	Unicomisural	Unicomisural	Unicomisural
comisura	Más frecuente: entre seno coronario izquierdo y el no coronario.	Entre seno coronario izquierdo y el no coronario.	-	-
Afectación valvular funcional	Más frecuente: estenosis	Estenosis ligera e insuficiencia moderada	Estenosis severa	Estenosis severa e insuficiencia severa
Aorta ascendente	Ocasionalmente existe dilatación o aneurisma que predispone a la disección.	Normal (31,7mm)	Aneurisma (50mm)	Dilatación (41mm)
Ventrículo izquierdo	-	Normal	Hipertrofiado y dilatado	Dilatado.
FEVI biplano	-	51%	44%	48%
Anomalía coronaria congénita asociada	Infrecuente	NO	NO	Ausencia de TCI con salida independiente de DA y CF (figura 1, flecha)
Clínica		Asintomático	ICI	ICI
ECG	Tras la cirugía es frecuente el bloqueo AV completo.	Ritmo sinusal; HVI	Ritmo sinusal y flutter auricular paroxístico; HVI y BRIHH	Sinusal con BAV 1° grado y de 2° grado Mobitz I; HVI
Cirugía y edad de intervención	Reemplazo valvular; generalmente a los 30-50 años.	NO, por el momento	Cirugía tipo Bentall Bono con prótesis mecánica a los 32 años.	Prótesis biológica a los 30 años.

BRIHH: bloqueo de la rama izquierda; CF: arteria circunfleja; DA: arteria descendente anterior; ETE: ecocardiografía transesofágica; ETT: ecocardiografía transtorácica. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HVI: hipertrofia del ventrículo izquierdo. ICI: insuficiencia cardíaca izquierda; RM: resonancia cardíaca; TC: tomografía computerizada cardíaca; VA: válvula aórtica; VAU: válvula aórtica unicuspid.

circunfleja, además muestra la imagen intraoperatoria de la misma válvula y la pieza quirúrgica.

De la revisión de los 3 casos referidos (Tabla 1), a uno de los cuales corresponden las imágenes de la Figura 1, se extraen las siguientes conclusiones diagnósticas: 1) que su detección sólo es posible tras un alto índice de sospecha, y 2) que, a pesar de disponer de diversas técnicas de imagen, sigue siendo imprescindible la ecocardiografía (especialmente la transesofágica) puesto que la ausencia de separación de las cúspides aórticas revela, durante la sístole cardíaca, su característica apertura excéntrica "en lágrima" (Figura 1).

## BIBLIOGRAFIA

1. Sniecinski R, Shanewise J, Glas K. Transesophageal echocardiography of a unicuspid aortic valve. International Anesthesia Research Society 2009; 108 (3): 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. Taksande A. Unicuspid Aortic Valve in Infant. J Cardiovasc Echogr 2015; 25 (3): 80-2.
4. Novaro GM, Mishra M, Griffin BP. Incidence and echocardiographic features of congenital unicuspid aortic valve in an adult population. J Heart Valve Dis 2003; 12: 674-8.
5. Anderson RH. Understanding the structure of the unicuspid and unicommissural aortic valve. J Heart Valve Dis 2003; 12: 670-3.
6. Singh D, Chee TS. Incidental diagnosis of unicuspid aortic valve in an asymptomatic adult. J Am Soc Echocardiogr 2008; 21: 876.e5