

# Caso Clínico - Estenosis Aórtica

Dr. Fernán Mendoza - Departamento de  
Cardiología Clínica y Medicina Interna -  
Fundación Clínica Shaio



## Descripción caso clínico

- Paciente HO masculino de 75 años de edad, quien consultó por dolor torácico y disnea.
- Enfermedad Actual: cuadro de hace tres meses con disnea progresiva hasta clase funcional III – IV acompañado de palpitaciones, dolor torácico, niega síncope.
- Antecedentes: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.
- Examen físico: PA: 120/80, FC: 90 l/min.
- Cuello: ingurgitación yugular.
- Tórax: pulmones, murmullo vesicular bilateral.
- Corazón: punto de máximo impulso desplazado, ruidos arrítmicos por fibrilación auricular, soplo sistólico IV/VI en diamante irradiado a cuello, componente aórtico del segundo ruido disminuido.
- Abdomen: normal
- Extremidades: edema de miembros inferiores.
- ECG: fibrilación auricular, crecimiento ventricular y sobrecarga sistólica.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia

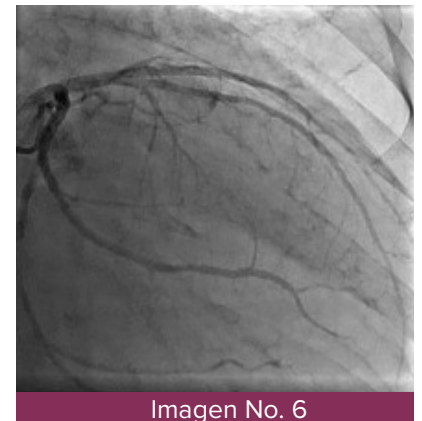
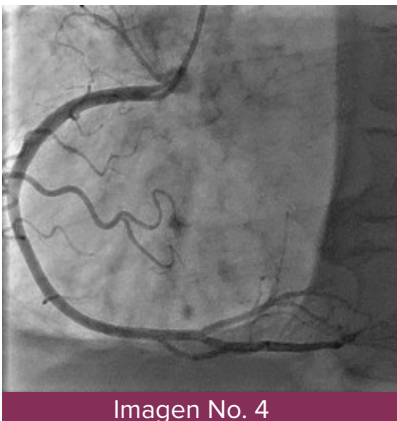
## Ecocardiografía

Fracción de eyección: 10%, por método de Simpson con hipoquinesia global de las paredes.

Estenosis aórtica, con severa calcificación, gradiente pico: 102 mmHg, gradiente medio: 41 mmHg, área indexada: 0.32 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> SC, Presión sistólica de la arteria pulmonar: 30 mmHg.

## Cateterismo cardíaco

### Aortograma



### Junta Médica Grupo de Corazón (Heart Team)

- Paciente de 75 años, hombre, con fibrilación auricular, síntomas de dolor torácico e insuficiencia cardíaca clase III (NYHA) por estenosis aórtica estado D1.
- Ecocardiografía : fracción de eyección del 10%, gradiente medio: 41 mmHg, área indexada: 0.32 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> SC.
- Cateterismo sin lesiones obstructivas de las arterias epicárdicas.
- Riesgo quirúrgico por STS de mortalidad del 2.1%.

## Riesgo

	BAJO RIESGO (TODOS LOS CRITERIOS DE ESTA COLUMNA)	RIESGO INTERMEDIO (ALGÚN CRITERIO DE ESTA COLUMNA)	ALTO RIESGO (ALGÚN CRITERIO DE ESTA COLUMNA)	RIESGO PROHIBITIVO
STS PROM	< 4%	4% - 8%	> 8%	Muerte o morbilidad mayor (> 50%) a 1 año.
Fragilidad	Ninguno	1 Índice (leve)	≥ 2 índices (moderada a severa)	Muerte o morbilidad mayor (> 50%) a 1 año.
Sistema u órgano	Ninguno	1 Órgano o sistema	2 órganos o sistemas	≥ 3 órganos o sistemas
Procedimientos	Ninguno	Posible procedimiento específico como impedimento	Posible procedimiento específico como impedimento	Procedimiento específico como impedimento

## Estenosis aórtica (A de insuficiencia cardíaca)

ESTADO	DEFINICIÓN	ANATOMÍA	HEMODINAMIA	CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	CONDUCTA
A	A riesgo de EA	Válvula aórtica bicúspide, otras anomalías congénitas. Esclerosis valvular	V max: < 2 m/seg	Ninguna	Ninguno	Evaluar factores de riesgo y prevención primaria.
B	EA progresiva	Calcificación leve a moderada. Enfermedad reumática con fusión comisural	EA leve: max: 2.0 – 2.9 m/seg, GM < 20 mm Hg. EA moderada: V max: 3.0 – 3.9. GM: 20 - 39	Disfunción diastólica. FEVI: normal	Ninguno	Riesgo CV Prevención primaria Seguimiento clínico y ecocardiográfico

## Estenosis aórtica severa asintomática: C (B de insuficiencia cardíaca)

ESTADO	DEFINICIÓN	ANATOMÍA	HEMODINAMIA	CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	CONDUCTA
C1	EA severa asintomática	Calcificación severa o estenosis congénita, con apertura reducida	V max: $\geq 4$ m/seg GM: $\geq 40$ mmHg. Area: $\leq 1 \text{ cm}^2$ o $\leq 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ Muy severa: Vmax: $\geq 5$ m/seg o GM: $\geq 60$ mmHg	Disfunción diastólica Hipertrofia VI FEVI norma	No	Seguimiento clínico: $\leq 6$ meses y ecocardiográfico: $\leq 12$ meses. Considere prueba de ejercicio, BNP. Razonable CVA en muy severa
C2	EA severa asintomática, con disfunción del VI	Calcificación severa o estenosis congénita, con apertura reducida	Igual	FEVI $< 50\%$	Ninguno	Cambio VA

## Estenosis aórtica severa Sintomática: D (C de insuficiencia cardíaca)

ESTADO	DEFINICIÓN	ANATOMÍA	HEMODINAMIA	CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	CONDUCTA
D1	EA severa alto gradiente sintomática	Calcificación severa o estenosis congénita, con apertura reducida	V max: $\geq 4$ m/seg GM: $\geq 40$ mmHg. Área: $\leq 1 \text{ cm}^2$ o $\leq 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$	Disfunción diastólica Hipertrofia VI FEVI normal o anormal	Angina, disnea de ejercicio síncope	Quirúrgica
D2	EA severa sintomática bajo flujo/bajo gradiente, con fracción de eyección reducida	Calcificación severa, con apertura reducida	V max: $< 4$ m/seg GM: $< 40$ mmHg. Area: $\leq 1 \text{ cm}^2$ o $\leq 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ . Uso de Dobutamina para demostrar que área es $\leq 1 \text{ cm}^2$ y Vmáx $\geq 4$ m/seg	Disfunción diastólica, hipertrofia ventricular FEVI $< 50\%$	Angina, disnea de ejercicio, síncope	Cambio VA, si respuesta favorable a dobutamina

## Estenosis aórtica severa Sintomática: D (C de IC)

ESTADO	DEFINICIÓN	ANATOMÍA	HEMODINAMIA	CONSECUENCIAS	SÍNTOMAS	CONDUCTA
D3	EA severa flujo bajo paradójico, sintomática. fracción del ventrículo conservada	Calcificación severa, con apertura reducida	V max: < 4 m/seg GM: < 40 mmHg. Area: $\leq 1 \text{ cm}^2$ o $\leq 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$	Disfunción diastólica Hipertrofia VI FEVI normal	Angina, disnea de ejercicio síncope	Decisión difícil, debe reunir varias condiciones Analizar por Heart Team

### Recomendación clase I, nivel de evidencia B

• El cambio valvular aórtico es recomendado para pacientes sintomáticos con EA severa (estado D1) y FEVI < 50%, válvula calcificada y velocidad  $\geq 4 \text{ m/seg}$  o GM  $\geq 40 \text{ mmHg}$ .

2014 GUÍAS ACC – AHA Valvular Heart Disease Guideline.

### Caso clínico

- Con las recomendaciones de la junta el paciente fue llevado a cirugía realizando reemplazo valvular aórtico biológica St Jude epic número 23.
- Adecuada evolución clínica.
- Seguimiento en clínica de insuficiencia cardíaca institucional, clase funcional I.
- Ecocardiografía (6 meses): fracción de eyección 50%, con válvula aórtica biológica con adecuada área y gradientes.

### Bibliografía

Nishimura, RA et al.  
2014 AHA/ACC Valvular Heart Disease Guideline

2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

*Developed in Collaboration With the American Association for Thoracic Surgery, American Society of Echocardiography, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons*

Ver videos asociados  
Haciendo click aquí

