

## VALVULOPATÍAS

M<sup>a</sup> Teresa Basurte Elorz, Eduardo Uribe-Echeberría Martínez, Javier Martínez Basterra  
S<sup>o</sup> de Cardiología, Hospital de Navarra

### VALVULOPATÍAS CRÓNICAS

#### Consideraciones previas:

1. Un paciente con una valvulopatía establecida (que puede ser conocida o no) puede acudir a Urgencias por:

Síntomas (**progresivos o bruscos**) de: **DISNEA (insuficiencia cardiaca), angina, mareo/síncope, astenia.**

- En muchas ocasiones (y sobretodo cuando el inicio de los síntomas es brusco), éstos son consecuencia de algún factor precipitante, que habrá que investigar siempre:
  - Taquiarritmia: especialmente frecuente fibrilación auricular
  - Bradiarritmia: sobretodo BAV
  - Crisis hipertensiva
  - Cumplimiento irregular de su medicación o trasgresión dietética (comidas con mucha sal...)
  - Cuadro de infección, especialmente frecuente respiratoria
  - Anemias...
- En otras ocasiones no hay un desencadenante evidente y los síntomas pueden ser indicativos de una progresión de la gravedad de la valvulopatía.

2. Manejo en todos los casos:

- Tratamiento del factor desencadenante (cuando existe)
- Tratamiento de la insuficiencia cardiaca: diurético, oxígeno...
- El criterio de ingreso vendrá determinado por el estado clínico y hemodinámico
- Si no ingresa, remitir a su Cardiólogo habitual si hay síntomas nuevos no conocidos previamente o si hay una progresión de los mismos

Haremos un somero **recordatorio de los datos más característicos de las valvulopatías más frecuentes.**

### ESTENOSIS AÓRTICA

*Valvulopatía más frecuente* en los países desarrollados. Frecuente en ancianos.

Definición: Obstrucción a la eyección de sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta.

Etiología: **degenerativa**, congénita (válvula aórtica bicúspide), reumática (en este caso también afectación mitral).

Clínica:

- La mayoría, asintomáticos (durante muchos años) hasta fases avanzadas.
- **3 síntomas** fundamentales, los **3 de esfuerzo: angina, mareo/síncope y disnea** (insuficiencia cardiaca)
- Pueden aparecer síntomas en reposo en:
  - presencia de factores “descompensadores” (taquicardias...)
  - fases muy avanzadas de la enfermedad

EF: AC: **soplo sistólico rudo en foco aórtico**; *si severa: 2º ruido abolido*. Pulso carotídeo débil (de poca amplitud) y retrasado (pulso parvus tardus)

ECG: **hipertrofia ventricular** +/- anomalías en la repolarización (sobrecarga sistólica)

Rx de tórax: **no cardiomegalia (o ligera)**, puede que datos de insuficiencia cardiaca

Diagnóstico: ecocardiograma

Consideraciones en el tratamiento:

- Precaución con los diuréticos y los vasodilatadores (pueden disminuir bruscamente el gasto cardíaco).
- En el paciente con estenosis aórtica severa sintomática → cirugía

## INSUFICIENCIA AÓRTICA CRÓNICA

Definición: reflujo de sangre desde la aorta hacia el VI por una mala coaptación de las valvas. La instauración es progresiva por lo que aparecen mecanismos compensadores (dilatación de VI...)

Etiología: trastornos del tejido conectivo con dilatación de raíz aórtica (ej Marfan), cardiopatía congénita (ej válvula Ao bicúspide), fiebre reumática, endocarditis, degeneración valvular

Clínica:

- Asintomáticos durante mucho tiempo (años)
- Cuando progresa: **disnea** (insuficiencia cardiaca), **angor** (característica la aparición nocturna), síncope (poco frecuente)

EF

- Pulso *magnus* y *celer* (elevación rápida y colapso brusco). **Pulso arterial exagerado**
- TA: Amplitud de pulso aumentada (TAS-TAD)
- AC: **soplos sistólico** (debido a hiperflujo y no necesariamente a estenosis aórtica asociada) y **diastólico** (soplo aspirativo, en BEI; el debido a la IAo)
- Latido apical hiperdinámico

ECG: **crecimiento ventricular +/- sobrecarga sistólica**

Rx Tórax: **Gran cardiomegalia**. Frecuentemente dilatación de aorta ascendente

Diagnóstico: ecocardiograma

Consideraciones en el tratamiento:

- Especialmente indicados los vasodilatadores (sobretudo: IECAS, nifedipino). Considerar además betabloqueantes si dilatación de raíz aórtica
- Indicada cirugía en:
  - Insuficiencia aórtica severa si:
    - Síntomas
    - FE < 50-55% y/o VI dilatado (diámetro telesistólico > 55 mm)
  - Dilatación raíz Ao > 55 mm (o > 50 mm si AF de disección precoz, Marfan, válvula aórtica bicúspide o progresión de la dilatación > 5 mm en < 1 año)

## ESTENOSIS MITRAL

Definición: Obstrucción al paso de sangre desde la aurícula izquierda (AI) al ventrículo izquierdo por afectación de la válvula mitral.

Más frecuente en **mujeres**

Etiología: sobretudo **origen reumático** (antecedente de fiebre reumática en la juventud)

Clínica:

- Insuficiencia cardiaca izquierda: **disnea** de esfuerzo, progresiva
- Insuficiencia cardiaca derecha: en estados avanzados que han desarrollado hipertensión pulmonar
- **Fibrilación auricular**: muy frecuente. Gran riesgo embólico. Factor precipitante frecuente de insuficiencia cardiaca
- Embolismo sistémico

EF: AC: **soplo diastólico en foco mitral**

ECG: frecuente FA. **Crecimiento de AI** (P ancha y mellada en II). Crecimiento VD (si HTP)

Rx Tórax: **crecimiento AI** (doble contorno, levantamiento del bronquio principal izquierdo)

Consideraciones sobre el tratamiento:

- Especialmente importante anticoagulación si FA (crónica o paroxística) o incluso en ritmo sinusal si AI muy dilatada (> 50 mm)
- Considerar betabloqueantes sobretodo si tendencia a taquicardia
- Intervenciones posibles:
  - Valvuloplastia percutánea con balón: casos seleccionados de EMI moderada o severa
  - Cirugía: en EMI moderada-severa o severa sintomática y/o con hipertensión pulmonar, sin posibilidad de valvuloplastia percutánea

## INSUFICIENCIA MITRAL

Definición: flujo sanguíneo anormal desde el VI hacia la AI en sístole. Instauración progresiva, por lo que hay mecanismos compensadores (crecimiento de VI y AI...)

Etiología: mixomatosa, reumática, isquémica, dilatación de ventrículo izquierdo, endocarditis

Clínica: **disnea** de esfuerzo, astenia (por bajo gasto cardiaco), fibrilación auricular frecuente.

EF: **Soplo sistólico** en foco mitral irradiado a axila

ECG: Crecimiento de VI y de AI. Fibrilación auricular frecuente.

Rx de tórax: **cardiomegalia**

Consideraciones en el tratamiento:

- Especialmente indicados vasodilatadores (IECAs...)
- Cirugía en insuficiencia mitral severa si:
  - síntomas
  - FE < 60%, dilatación VI (diámetro telesistólico > 45 mm)

## VALVULOPATÍAS AGUDAS

### INSUFICIENCIA AÓRTICA AGUDA

Definición: Alteración anatómica aguda de la válvula aórtica, que provoca una sobrecarga súbita de volumen al VI, sin que éste tenga tiempo a adaptarse

Etiología: **Endocarditis** bacteriana, **disección** aórtica, **traumatismo torácico** cerrado

Clínica, EF y Rx de tórax:

- Los del **edema agudo de pulmón** y el **shock cardiogénico**
- Además a destacar lo siguiente:
  - -En la EF: **NO signos característicos de la IAo crónica**  
Soplo diastólico corto, taquicardia
  - -En la Rx de tórax: **NO cardiomegalia**, (en presencia de edema pulmonar)

TAC torácico: solicitar si sospecha de disección aórtica

Confirmación diagnóstica: Ecocardiograma

Actitud en el área de urgencias: Ingresar en Unidad Coronaria o (si no hay en el hospital) en UCI

En UCI o UCC:

- Tratamiento del EAP/shock cardiogénico, especialmente indicado el Nitroprusiato iv. Contraindicado el balón de contrapulsación intraaórtico.
- Planear cirugía precoz

### INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA

Definición: Instauración brusca de un flujo sistólico anormal desde el VI hacia la AI que provoca una sobrecarga aguda de volumen en AI y VI.

Etiología: Rotura de cuerdas tendinosas (*endocarditis, prolapso mitral*), rotura de músculos papilares (*endocarditis, IAM*).

Clínica, EF y Rx de tórax:

- Igual que en IAo aguda, **EAP o shock cardiogénico en ausencia de cardiomegalia.**
- Además:
  - En la EF: *soplo sistólico apical corto*
  - ECG. R. sinusal normalmente, puede que signos de IAM

Confirmación diagnóstica: Ecocardiograma

Actitud en área de Urgencias y en UCC/UCI: Igual que en IAo aguda. Considerar además balón de contrapulsación intraaórtico como puente a la Qx

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Crawford Di Marco. Edición 2002
2. Braunwald's Cardiología. Edición 2004
3. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Valvulopatías. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1209-1278