Valvulopatía aórtica

Estenosis aórtica

Etiología y patogenia

Calcificación degenaritva de las valvas aóritcas
Afectación congénita (válvula aórtica bicúspide)
Inflamación reumática previa.
Radiación

Los miofibroblastos valvulares se diferencian en osteoblastos.

Producen de manera activa proteínas de la matriz ósea que permiten el depósito de los cristales de hidroxiapatita cálcica

Proceso no pasivo con características de aterosclerosis vascular

Disfunción endotelias, acumulación de lípidos, activación de células inflamatorias, liberación de citocinas e incremento de vías de señalización.

Factores de riesgo

Colesterol (LDL)
Lipoproteína a
Diabetes mellitus
Tabaquismo
Nefropatía
Síndrome metabólico

Enfermedad reumática de las valvas

Produce fusión comisural con ascpeto bicúspide, haciendo susceptible las valvas a traumatismo y al final fibrosis,

Causa más común

La fiebre reumática en países en desarrollo y con bajos ingresos.

Insuficiencia aórtica

Etiología

Valvulopatía congénita bicúspide
Endocarditis
Fiebre reumática
Mixomatosa (prolapso)
Traumatismo
Sífilis
Espondilitis anquilosante
Disección aórtica
Degeneración quística de capa media
Síndrome de marfán
Aneurisma
Aortitis
HTA

Fisiopatología

El volúmen sistólico expulsado del VI está aumentado.
La principal compensación hemodinámica es el incremento del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo (aumento de precarga)

Isquemia miocárdica

Mayor necesidad de O2 del miocardio por la dillatación de VI, hipertrofia y mayor presión sistólica del VI con un compromiso del flujo sanguíneo.

Insuficiencia crónica

Es un estado en el cual están aumentadas la precarga y la poscarga del ventrículo izquierdo.

Ineficacia de mecanismos de adaptación

Conforme se deteriora el VI aumente el volumen telediastólico y disminuye el volumen sistólico anterógrado y la fracción de eyección.

Este deterioro suele anteceder de los síntomas

Se observa un engrosamiento notable de la pared del ventrículo.

Necropsia

El corazón de estos pacientes es uno de los de mayor peso, tanto que a veces alcanza> 1 000 g.

Anamnesis

Prevalencia

Varones, las personas pueden estar asintomáticas de 10 a 15 años.

Sin embargo, una percepción incómoda del latido cardiaco, en particular en decúbito, puede ser un síntoma temprano.

Cuadro clínico

Taquicardia sinusal

Persistencia antes de la disnea

Dolor anginoso en reposo
Angina nocturna
Diaforesis intensa
Fase avanzada- hepatomegalia y edema maleolar

Durante el esfuerzo o con emociones, o las extrasístoles ventriculares pueden causar palpitaciones particularmente incómodas, así como martilleo de la cabeza.

Signos físicos

Sacudimiento de todo el cuerpo
Inclinación de la cabeza en cada sístole
Pulso "martillo de agua"
Palpitaciones
Hiperemia
Palidez en la base de las uñas
Arterias femorales- "pistolazo" en estampida (Signo de traube)
Soplo oscilatorio (signo de Duroziez)
Frémito diastólico

Estudios de laboratorio

Insuficiencia crónica

ECG- Depresión del segmento ST, inversión de la onda T en D1, AVL, V5 y V6.
Ecocardiograma
Radiografía de tórax
Cateterismo y angiografía cardiacos

Tratamiento

Insuficiencia aórtica crónica

Diuréticos
IECA
CX
Método de David

Insuficiencia aórtica aguda

Diuréticos y vasodilatadores IV
CX- 24 hrs tras dx

Obstrucción del infundíbulo de salida del ventrículo izquierdo.

Obstrucción desde el nacimiento

Aumenta poco a poco en el transcurso de varios años o seguir ambas pautas, y la función contráctil del VI se conserva gracias a la hipertrofia concéntrica de dicha cámara.

Genara un gradiente tensional sistólico entre el VI y la aorta

Al ocurrir una obstrucción repentina el VI reacciona con una dilatación y disminución del volumen sistólico.

Obstrucción importante

Gradiente medio de tensión sistólica >40 mmHg con CO normal o un área efectiva del orificio aórtico <1 cm2.

Estudios de laboratorio

ECG- Depresión del segmento ST en AVL
Ecocardiograma- Engrosamiento, calcificación y disminución de abertura de las valvas.
Radiografía de tórax
Cateterismo (pocas veces)
Angiografía (preoperatorio)

Tratamiento

Médico

Evitar actividades agotadoras
Evitar deshidratación
B-Bloqueadores
IECA
Nitroglicerina (Angina)
Estatinas- evolución mas lenta

EA no calcificada en niños y jóvenes

Valvuloplastia percutánea con globo aórtico

Quirúrgico

Personas asintómaticas con estenosis calcificadas
Personas con disfunción
En insuficiencia cardíaca
Lapso de 1- 3 meses después de síntomas

Px riesgo qx

Reemplazo transcatéter de válvula aórtica.
Con globo o autoexplandible

Valvulopatía aórtica bicúspide

Defecto valvular frecuente

Predominio en sexo masculino

Autosómico dominante

Riesgo de formación o disección de aneurisma, o ambas

Síntomas y signos físicos

Pura o predominante

Sexto u octavo decenio de vida

Estenosis 1 cm2 puede persistir por años sin generar síntomas

Una vez aparecen los síntomas está indicada la sustitución de la válvula.

Disnea de esfuerzo
Angina de pecho
Síncope por ejercicio

Estadios avanzados

Disminución de CO
Fatiga notable
Debilidad
Cianosis periférica

Signos

Ritmo regular
TA normal o disminuida
Ancianos- Endurecimiento arterial
Auscultación- Soplo mesosistólico (áspero, tono bajo, raspante e intenso en la base)