

Valvuloplastía Aórtica Retrógrada

Instituto Médico La Floresta

Dr. Francisco Tortoledo R

Dr. Gustavo Linares P.
Dr. Pedro Aguiar R.

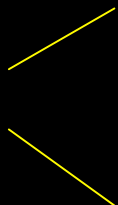
Valvuloplastia Aórtica Retrógrada

Se trata de paciente masculino de 83 años de edad con diagnóstico de DM tipo 2 insulino dependiente en insuficiencia cardíaca en clase funcional II/IV por cardiopatía hipertensiva y valvulopatía .(Estenosis aórtica de grado severo), medido por gradiente (GM : 55mmHg) y velocidad máxima pico (Vmax: 4,7 m/s), insuficiencia renal crónica reagudizada debido a las 2 patologías mencionadas anteriormente , trastornos del ritmo fibrilación auricular con respuesta ventricular variable, obesidad, hiperplasia prostática y síndrome anémico por lo que acude a este centro donde es evaluado, en vista de sus condiciones clínicas se decide tratamiento médico y realizar *Valvuloplastia aórtica retrógrada* considerando edad del paciente y las comorbidades ya descritas.

Valvuloplastía Aórtica Retrógrada

Estenosis Aórtica

Clasificación por sitio de obstrucción y orden de frecuencia.

➤ Valvular 

- Congénita.
- Adquirida.

➤ Subvalvular.

➤ Supravalvular.

Clasificación:

-Valvular:

Forma más frecuente de obstrucción.

Congénita: Válvula unicúspide.
Válvula bicúspide.
Válvula tricúspide.

-Adquirida: Reumática.

Degenerativa.

Ateroesclerótica.

Diagnostico de ingreso:

- 1) Valvulopatía aórtica grado severa en IC clase funcional :II/IV.
- 2) HTA estadio II.
- 3) DM tipo insulino dependiente..
- 4) IRC reagudizada .
- 5) FA con RVV.
- 6) Obesidad.
- 7) Hiperplasia prostática.
- 7) Senectud.
- 8) Síndrome anémico.

Grado de severidad

Grado	Movilidad	Engrosamiento valvar	Calcificación	Engrosamiento subvalvular
1	Válvula muy móvil con restricción sólo del borde libre	Grosor casi normal (4-5 mm)	Una sola área de ecogenicidad aumentada	Engrosamiento mínimo justo debajo de las valvas
2	Valva con movilidad normal en su base y parte media	Considerable engrosamiento en los márgenes (5-8 mm) con grosor conservado en la región media	Pocas áreas de ecogenicidad aumentada, limitadas a los márgenes de las valvas	Engrosamiento cordal que afecta a un tercio de su longitud
3	Válvula con movilidad diastólica conservada en su base	Engrosamiento de toda la valva (5-8 mm)	Ecogenicidad que se extiende hasta las porciones medias de las valvas	Engrosamiento cordal que llega hasta el tercio distal
4	Movimiento diastólico mínimo	Engrosamiento considerable de toda la valva (> 8-10 mm)	Ecogenicidad extensa que afecta mucho tejido valvar	Engrosamiento extenso con acortamiento cordal que se extiende hasta el músculo papilar

Reporte de ecocardiograma transtorácico

VI no dilatado. Hipertrofia concéntrica de grado moderado.

FE: 60%, AI dilatada grado moderado.

Estenosis aórtica de grado severo con velocidad pico de 4,7m/s, gradiente medio de 55 mmHg.(severamente calcificada).

Cuando se indica la valvuloplastia.

- Los pacientes con estenosis aórtica y shock cardiogénico que se pueden estabilizar a corto plazo.
- En pacientes con disfunción ventricular izquierda grave o shock, que serán sometidos a remplazo valvular aórtico.
- Pacientes con azoemia prerrenal donde la dilatación y el tratamiento médico mejore los síntomas.
- En pacientes oncológicos.
- En pacientes los cuales están en la UCI y no son candidatos para el remplazo quirúrgico.
- Hay un grupo de pacientes en donde se utiliza como prueba diagnóstica, cuando el área valvular mide 0.8 y 1.0 cm² con gasto cardíaco y gradientes transvalvular bajos.

Indicaciones de valvuloplastia aórtica percutánea

Clase I

- Estenosis aórtica severa muy sintomática en paciente no candidato para cirugía. (C)
- Estenosis aórtica severa sintomática en paciente con indicación urgente de cirugía no cardíaca de riesgo al menos moderado. (B)
- Estenosis aórtica congénita en jóvenes con síntomas o bien en asintomáticos con gradiente pico a pico mayor de 60 mm Hg o bien mayor de 50 mm Hg con alteraciones del segmento ST-T en precordiales izquierdas presentes en el ECG de reposo o en respuesta al ejercicio. (C)

Clase II

- Estenosis aórtica severa con descompensación cardiovascular, como puente a la cirugía. (C)
- Estenosis aórtica congénita en jóvenes asintomáticos con gradiente pico a pico mayor de 50 mm Hg que deseen efectuar deportes competitivos o planean un embarazo. (C)

Clase III

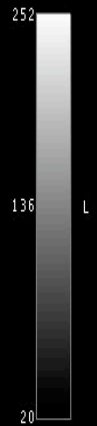
- Estenosis aórtica severa del adulto con función ventricular conservada, en enfermos que sean buenos candidatos quirúrgicos. (C)
- Presencia de trombos en el ventrículo izquierdo. (C)
- Lesión de tronco de la coronaria izquierda. (C)

Paso de la guía a nivel intraventricular, previo a la entrada del balón.

Image size: 512 x 512
View size: 1426 x 697
X: 0 px Y: 0 px Value: 0
WL: 136 WW: 232

VALVULOPLASTIA
5051/209976
unnamed

R



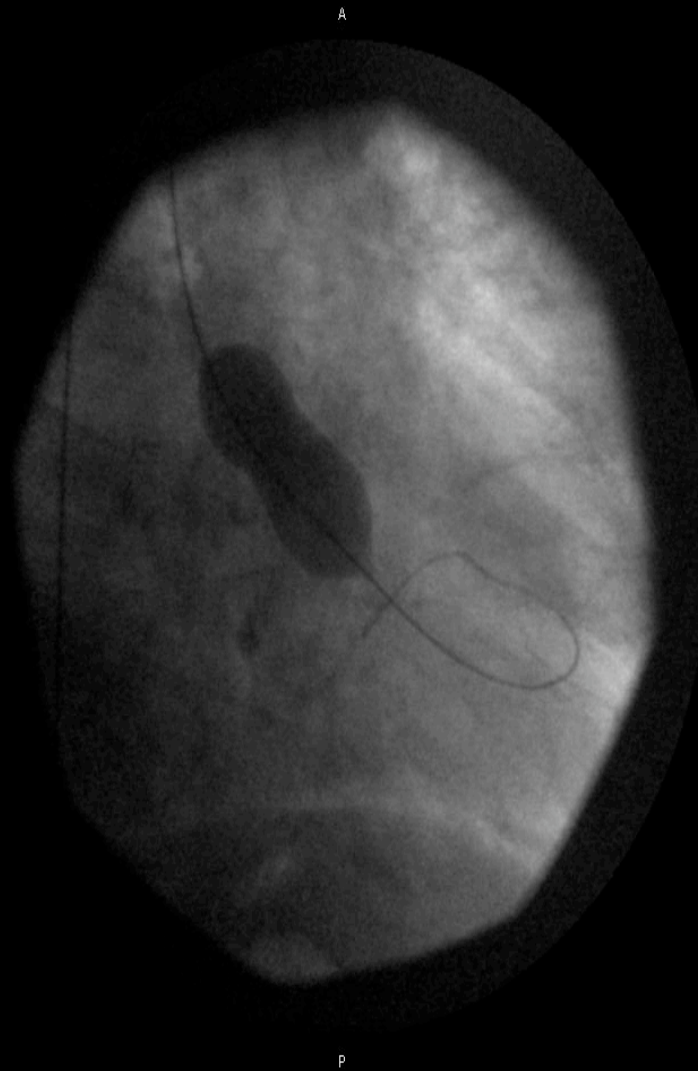
Im: 138/199
Zoom: 136% Angle: 0
Thickness: 0.0 mm Location: 0.0
X: 0.00 mm Y: 0.00 mm Z: 0.00 mm

08:20:01 AM
03/03/08
Made with OsiriX

Dilatación con balón Nucleus de 22 mm.

Image size: 512 x 512
View size: 1426 x 697
X: 0 px Y: 0 px Value: 0
WL: 143 WW: 276

VALVULOPLASTIA
5051/209976
unnamed



Im: 23/136
Zoom: 136% Angle: 0
Thickness: 0.0 mm Location: 0.0
X: 0.00 mm Y: 0.00 mm Z: 0.00 mm

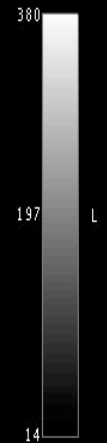
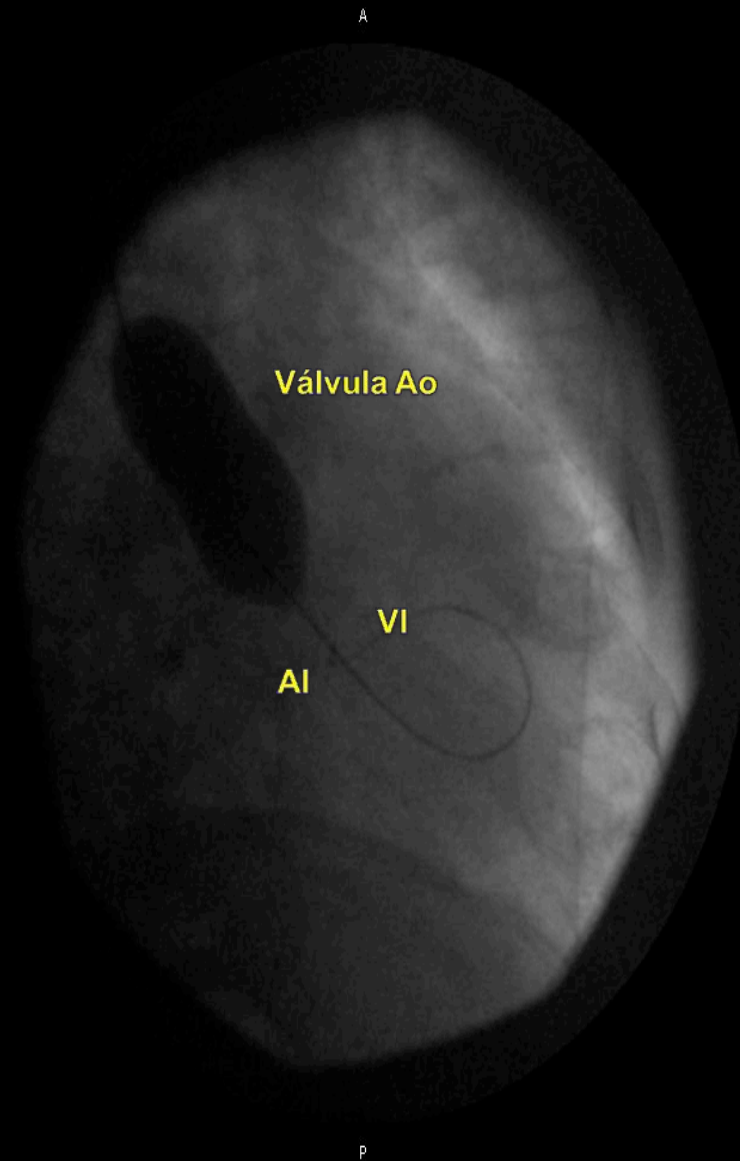
08:20:01 AM
03/03/08
Made with OsiriX

Dilatación con balón Nucleus de 25mm.

Image size: 512 x 512
View size: 1426 x 697
X: 0 px Y: 0 px Value: 0
WL: 197 WW: 366

VALVULOPLASTIA
5051/209976
unnamed

R



Im: 21/37
Zoom: 136% Angle: 0
Thickness: 0.0 mm Location: 0.0
X: 0.00 mm Y: 0.00 mm Z: 0.00 mm

08:20:01 AM
03/03/08
Made with OsiriX

P

Valvuloplastía Aórtica Retrógrada

Se le practicó Valvuloplastía aórtica percutánea con 2 balones de 22 y 25 mm, expandidos totalmente.

Gradiente pre: 85 mmHg.

Gradiente post: 17 mm Hg.

Descenso de la Presión intraventricular de 218mmHg a 171mmHg.

Cuáles son las posibles complicaciones de la realización de valvuloplastia percutánea.

- Perforación ventricular con el balón o la guía.
(Taponamiento cardíaco).
- Complicaciones de la arteria femoral (5%).
- Trastornos de conducción que pueden requerir marcapasos en algunos casos.
- Insuficiencia aórtica grave cuando el balón es de mayor tamaño, es infrecuente.
- Síndrome de bajo gasto progresivo.
- Arritmias ventriculares (TV 0 FV).