

ECTASIA ANULOORTICA ASOCIADA A INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA Y FUNCION SISTOLICA DEPRIMIDA REPORTE DE UN CASO

Guerra Torres MA, Flores Silva FJ, Reyna Reyna JE, Estrada Ochoa AL, Quintanilla Siller JA, Ramos García M, Chapa Treviño S, Bautista Gutierrez M, Valadez Molina FJ.

Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Nuevo León, México.

INTRODUCCIÓN

La ectasia anuloaórtica es una variante de la necrosis quística de la media con formación aneurismática y dilatación del anillo valvular aórtico. Representa aproximadamente el 5 al 10% de los pacientes intervenidos por Insuficiencia Aórtica (IA). Se caracteriza por dilatación de la raíz aórtica, la aorta ascendente y el anillo aórtico, lo que da lugar a IA. Es más frecuente en hombres y se observa típicamente en las décadas cuarta a sexta de la vida. A continuación se presenta un caso clínico, abordaje diagnóstico y terapéutico.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 72 años, que es admitido por disnea progresiva de un mes de evolución con clase funcional NYHA III, acompañada de tos productiva, negando mareo, síncope o dolor precordial. Sin antecedentes cardiovasculares. A su ingreso TA 130/80, con frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto. A la exploración física solo era relevante soplo aórtico diastólico IV/VI, sin irradiaciones, sin plétora yugular, ni edema periférico. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal, con imagen de bloqueo de fascículo anterior-superior de rama izquierdo del haz de His. La tele de tórax mostraba cardiomegalia grado IV, con datos de hipertensión venocapilar pulmonar grado II. El ecocardiograma Doppler color transtorácico reportó dilatación aneurismática de raíz aórtica de 83mm de diámetro con una insuficiencia aortica severa grado, insuficiencia mitral severa por dilatación de su anillo, función sistólica deprimida del 44%, diámetro telediastólico de 76mm, con presión sistólica de arteria pulmonar estimada de 51mmHg. Se realizó imagen por resonancia magnética corroborando dilatación aneurismática de aorta ascendente. La coronariografía reveló arterias coronarias epicardicas sin lesiones. Se realiza remplazo de raíz aórtica con tubo valvulado no. 31 St Judes y reimplante de botones coronarios tipo Bentall, así como reemplazo de valvula mitral con protesis biologica no. 29 Epic, sin complicaciones durante el procedimiento.

DISCUSIÓN:

La mayoría de los aneurismas aórticos torácicos son causados por enfermedades degenerativas resultando en dilatación de la aorta. Los factores de riesgo identificados incluyen hipertensión, tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sin embargo en el caso de nuestro paciente carecía de de ellos. La porción aortica ascendente y/o la raíz son el sitio más frecuentemente afectado representando el 60% de los casos. La mayoría de los pacientes cursan de manera asintomática y son diagnosticados de manera incidental en estudios de imagen. La presencia de regurgitación de la válvula aórtica se asocia a dilatación del anillo valvular o de la porción aórtica ascendente. Puede ocurrir fenómenos de tromboembolización, así como disección o ruptura. El reemplazo de la raíz y la aorta ascendente con injerto tubular valvulado, denominado procedimiento de Bentall, se considera de elección para el tratamiento de la ectasia anuloaortica, por lo que fue la técnica quirúrgica empleada, además del reemplazo de valvula mitral con prótesis biológica. Se ha descrito que los pseudoaneurismas tras el injerto aórtico aparece entre 7 al 25% de los casos intervenidos, siendo una complicación importante que en muchos casos lleva a una segunda intervención.

En nuestro caso, el paciente se encuentra clínicamente en clase funcional NYHA I, y su ecocardiograma de control refiere reemplazo de raíz aórtico exitoso, así como prótesis biológica en posición mitral

normofuncionante, con mejoría significativa del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo de 57mm, así como en su función sistólica, ahora con una fracción de eyección del 59%. Diversas series de casos reportan una supervivencia a los cinco años de hasta 92% y a los 10 años de 73%.

CONCLUSION

A pesar de la complejidad del abordaje quirúrgico por tratarse de ectasia anuloaortica, asociada a enfermedad mitral concomitante y fracción de eyección deprimida, nuestro paciente ha mostrado una adecuada evolución y franca mejoría de su clase funcional. Actualmente se encuentra bajo vigilancia clínica y ecocardiográfica de manera periódica.