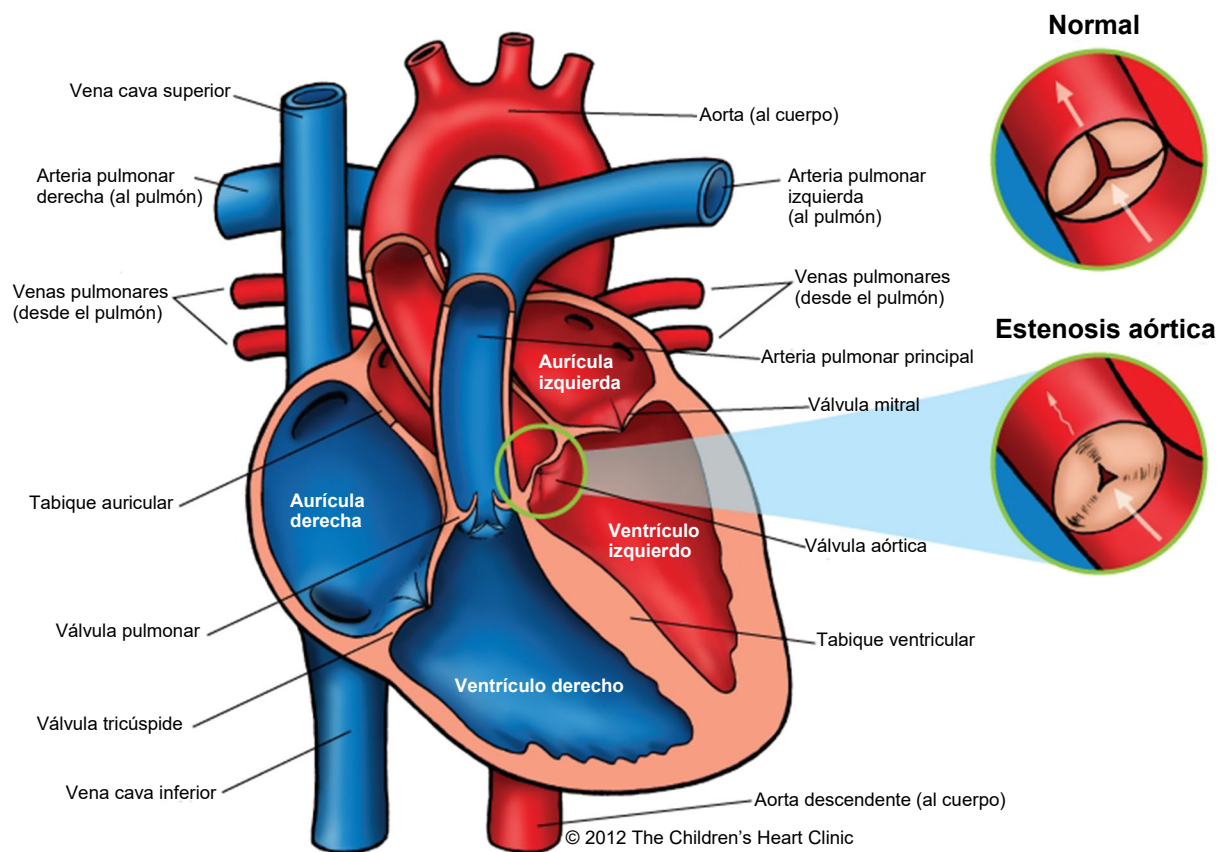


Aortic Stenosis - Valvar

Estenosis aórtica - valvular



Notas:

The Children's Heart Clinic 2530 Chicago Avenue S, Ste 500, Minneapolis, MN 55404
612-813-8800 * Toll Free: 1-800-938-0301 * Fax: 612-813-8825
Children's Hospital of Minnesota, 2525 Chicago Avenue S, Minneapolis, MN 55404

Aortic Stenosis - Valvar

Estenosis aórtica - valvular

La estenosis aórtica (aortic stenosis, AS) es un estrechamiento u obstrucción grave del tracto de salida del ventrículo izquierdo (left ventricular outflow tract, LVOT) que se produce por encima, por debajo o a nivel de la válvula aórtica. La AS valvular se refiere al estrechamiento en la válvula y es el tipo más común (71 %). Una válvula aórtica normal tiene tres valvas o cúspides (tricúspide). En el 75 % de los niños con AS valvular, la válvula aórtica tiene solamente dos cúspides (bicúspide) como resultado de una comisura fusionada (lugar donde se unen 2 valvas). Este tipo no suele ser obstructivo en la infancia, pero con el tiempo la válvula se calcifica y puede provocar una obstrucción en la edad adulta. Las válvulas aórticas unicúspides y en domo son menos frecuentes. Estos tipos de AS pueden dar lugar a una AS crítica o grave y requieren una intervención inmediata.

Examen físico/Síntomas:

- En una AS crítica, los neonatos desarrollan una mala perfusión, edema pulmonar (retención de líquido en los pulmones) a los pocos días o semanas del nacimiento a medida que se cierra el conducto arterioso. El cuadro clínico puede ser similar al de la sepsis (infección grave).
- La mayoría de los niños no tienen síntomas con una AS leve a moderada.
- En una AS grave, puede haber fatiga, dolor de pecho con esfuerzo o síncope (desmayo).
- Soplo: soplo sistólico fuerte, grado 2/6 que se escucha mejor en el segundo espacio intercostal izquierdo, con transmisión a la cabeza y el cuello. Puede haber un clic de eyección. A veces puede haber un soplo diastólico temprano de regurgitación aórtica en pacientes con una válvula aórtica bicúspide.

Pruebas diagnósticas:

- Radiografía de tórax: tamaño del corazón y vasculatura pulmonar normales. La aorta ascendente puede aparecer dilatada.
- Electrocardiograma: normal en los casos leves. Puede haber una hipertrofia ventricular izquierda (agrandamiento) en una AS grave.
- Ecocardiograma: prueba diagnóstica.

Atención médica y tratamiento:

- Ecocardiograma y visitas al cardiólogo anuales en niños sin síntomas con estenosis leve a moderada, y más frecuentes con una AS grave.
- Infusión de prostaglandina E (PGE) para mantener el conducto arterioso persistente antes del cateterismo o la cirugía en neonatos con síntomas.
- Procedimiento en el laboratorio de cateterismo: la dilatación con balón en el laboratorio de cateterismo cardíaco suele ser el primer paso en el tratamiento de neonatos con una AS crítica o lactantes y niños con síntomas.
- Cirugía: indicada si la valvuloplastia con balón da lugar a una regurgitación aórtica (aortic regurgitation, AR) o si el gradiente de presión sigue siendo elevado (consulte Reemplazo de la válvula aórtica o Procedimiento de Ross).
- Las personas con una válvula aórtica mecánica necesitan anticoagulación de por vida (Coumadin y Aspirina) para evitar la coagulación de la válvula.
- Es necesario un seguimiento cardiológico de por vida.

Resultados a largo plazo:

- La estenosis puede agravarse con el tiempo y requerir un seguimiento cardiológico a largo plazo y una posible intervención quirúrgica en la edad adulta. Entre el 10 % y el 30 % desarrollan una regurgitación aórtica (fuga de la válvula aórtica) tras una valvuloplastia con balón o cirugía.
- La endocarditis bacteriana subaguda se produce en el 4 % de los pacientes con AS valvular.
- La tasa de mortalidad de niños con AS valvular es del 1 % al 2 %. Los neonatos con AS crítica tienen una tasa de mortalidad de casi el 10 %.
- Los resultados del desarrollo varían en función de la gravedad de la valvulopatía y de otras comorbilidades.