

Imagen en cardiología

Válvula aórtica cuatricúspide y sus consecuencias

Quadricuspid aortic valve and its consequences

Fernando Hernández-Terciado^{a,*}, Susana Mingo Santos^a y Alberto Forteza Gil^b^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España^b Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de abril de 2022

Aceptado el 9 de mayo de 2022

On-line el 2 de junio de 2022

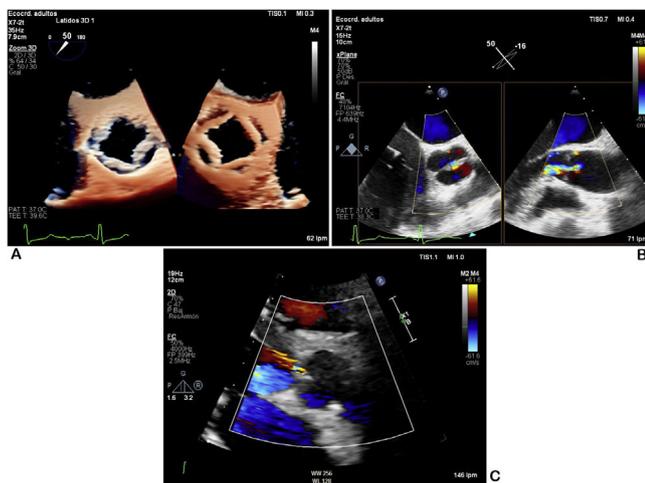


Figura 1

Se presenta el caso de un varón de 44 años con hallazgo casual de válvula aórtica cuatricúspide (VAC) tipo A (fig. 1A) tras estudio de un soplo, enviado a cirugía por insuficiencia

aórtica moderada-grave (fig. 1B) con dilatación del ventrículo izquierdo, sin desarrollo de clínica de insuficiencia cardíaca. Se realizó con éxito plastia aórtica subcomisural, quedando una regurgitación leve residual (fig. 1C).

La VAC es una enfermedad congénita muy poco frecuente. Se detecta en aproximadamente el 0,006% de los ecocardiogramas transtorácicos realizados y puede asociarse a anomalías coronarias u otros defectos. La técnica diagnóstica de elección es la ecocardiografía transtorácica o transesofágica (vídeo 1 del material adicional), y cuando se necesita información complementaria se utiliza la tomografía computarizada o la resonancia magnética. En nuestro caso se utilizó la angiotomografía computarizada de coronarias para descartar anomalías coronarias congénitas.

La VAC se divide por la clasificación de Hurwitz y Roberts en 7 categorías (A-G) según la diferencia de tamaño entre cada uno de los velos. Cursa con insuficiencia aórtica aislada hasta en el 75% de los casos con un 16% de válvulas normofuncionantes, siendo poco frecuente la estenosis valvular.

Las indicaciones de cirugía son equiparables a las de las válvulas aórticas tricúspides. La técnica de elección es la reparación valvular, posible en aproximadamente un 25% de casos, siendo la tricuspización el procedimiento más frecuente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ferhterciado@gmail.com (F. Hernández-Terciado).<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2022.05.003>

2605-1532/© 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Debido a que más del 50% de los pacientes portadores de VAC necesitan cirugía, se debe realizar un seguimiento adecuado a los pacientes asintomáticos. Además, aquellas válvulas con alguno de los velos desiguales presentan un mayor riesgo de endocarditis infecciosa. Se ha obtenido el consentimiento del paciente implicado. Toda la información presentada ha sido adecuadamente anonimizada.

Financiación

Ninguna.

Contribución de los autores

F. Hernandez-Terciado, S. Mingo Santos y A. Forteza Gil: participación en adquisición de las figuras, recopilación de

conocimiento para elaboración del texto y revisión del manuscrito, aprobación final. F. Hernández-Terciado y S. Mingo Santos: elaboración del manuscrito.

Conflicto de intereses

Ningún conflicto de interés que declarar por ninguno de los autores.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rccl.2022.05.003](https://doi.org/10.1016/j.rccl.2022.05.003).