

Asociación entre estenosis supra-avalvular aórtica y ectasia coronaria

Association between aortic supra-avalvular stenosis and coronary ectasia

Macarena C. De Zan¹, Patricia Carrascosa¹, Alejandro D. Deviggiano¹, Mónica Basara¹, Gastón Rodríguez Granillo¹

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2017;8(4):193-194

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 39 años, con antecedente de soplo inocente. Acudió a la consulta por disnea CF III de NYHA, de 6 meses de evolución, con ecocardiografía

Doppler transtorácico con evidencia de válvula aórtica bicúspide con estenosis severa. Como parte de la evaluación prequirúrgica se le solicitó una angiocoronariografía por tomografía computarizada (ACTC) por bajo *pre-test* para enfermedad coronaria.

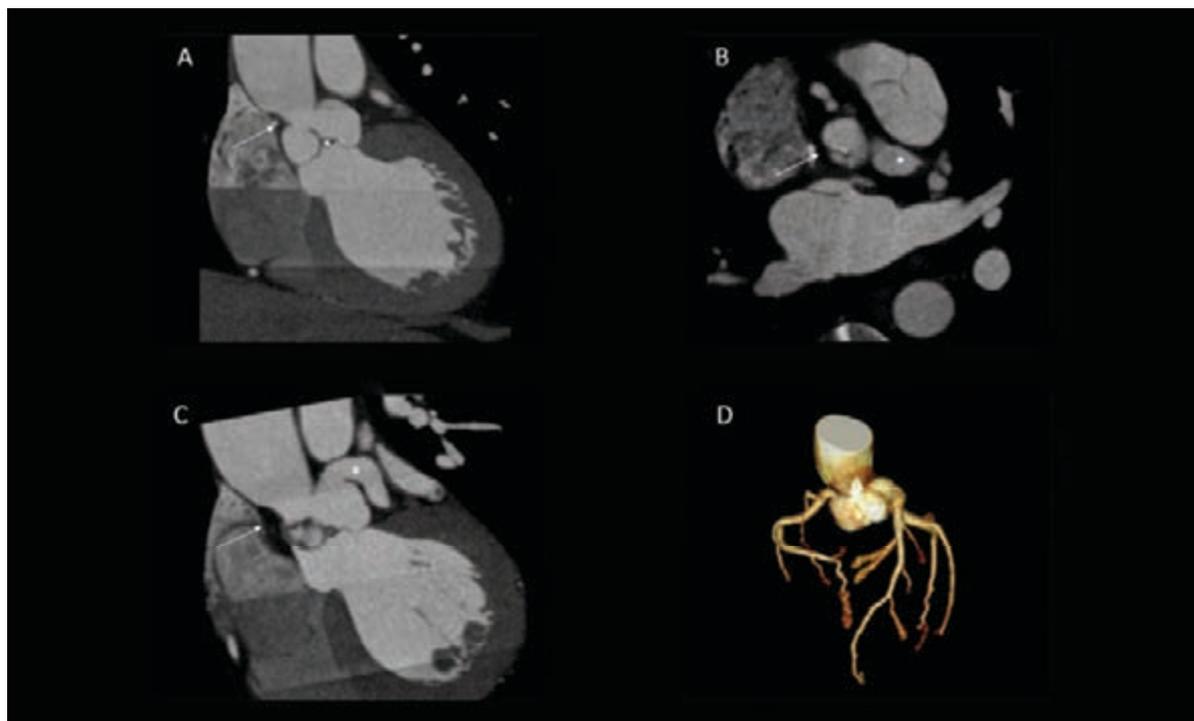


Figura 1. A. Angiografía por tomografía computada (ACTC) reconstrucción multiplanar oblicua (MPR). Estenosis supra-avalvular aórtica en reloj de arena (flecha). B. ACTC MPR oblicua. Diámetro luminal mínimo en la unión sinotubular: 13,8 mm (flecha). Dilatación difusa del tronco de la coronaria izquierda (asterisco). C. ACTC MPR oblicua. Estenosis supra-avalvular aórtica en reloj de arena (flecha). Dilatación difusa del tronco de la coronaria izquierda (asterisco). D. ACTC reconstrucción volumétrica. Estenosis supra-avalvular aórtica en reloj de arena. Dilatación difusa del tronco de la coronaria izquierda, del tercio proximal de las arterias descendente anterior y coronaria derecha y de los segmentos proximal y medio de la arteria circunfleja.

1. Departamento de estudios cardiovasculares no invasivos, Diagnóstico Maipú. Vicente López, Buenos Aires, Argentina.

✉ Correspondencia: Dra. Macarena C De Zan | Diagnóstico Maipú. Av Maipú 1668, Vicente López (B1602ABQ), Buenos Aires, Argentina | maca_dezan@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 29/08/2017 | Aceptado: 22/11/2017

DESCRIPCIÓN

El estudio fue realizado con gatillado prospectivo en fase mesodiástolica disminuyendo así la dosis de radiación efectiva. Si bien no fue solicitado para valoración de la válvula aórtica, se evidenció una valva no coronariana redundante con extensión hasta la unión sinotubular, engrosada y con calcificación al menos moderada de su borde libre. Asimismo se identificó una incipiente dilatación aneurismática del anillo aórtico/*septum* fibroso.

Es de notar que a nivel de la unión sinotubular se observó una reducción focal del calibre aórtico con aspecto en reloj de arena (**Figura 1A, flecha**), con diámetro luminal mínimo de 13,8 mm (**Figura B, flecha**). Del mismo modo se evidenció una dilatación difusa del tronco coronario izquierdo (**Figuras 1B, 1C y 1D, as-**

terisco), los segmentos proximales de las arterias descendente anterior y coronaria derecha y los segmentos proximal y medio de la arteria circunfleja (**Figuras 1C y 1D**).

Además, la valva anterior mitral se encontraba elongada y redundante, con aspecto mixomatoso.

No obstante, debido a no disponer de imágenes en fase sistólica, no fue posible objetivar el número exacto de valvas aórticas.

CONCLUSIÓN

En este caso el rol de la ACTC fue crucial al modificar radicalmente no solo el diagnóstico sino la estrategia quirúrgica adoptada. El paciente fue intervenido exitosamente, mediante reemplazo valvular aórtico mecánico y reparación con parche de la unión sinotubular.