



INSUFICIENCIA AORTICA

1 GENERALIDADES

- ❖ **Causas:**
 1. Aguda: Infecciosa, traumática, disección aorta ascendente.
 2. Crónica: Ectasia anulo-aórtica, bicúspide, degenerativa, reumática, mixomatosa, Marfan, lues, enfermedades reumáticas,
- ❖ **Síntomas:** Disnea, angor, síncope, insuficiencia cardiaca
- ❖ **Signos:** Pulso arterial “magnus y céler”, soplo diastólico en foco aórtico, presión arterial diferencial amplia

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- 2.1 Rx de tórax
 - ❖ Cardiomegalia, elongación aórtica, hipertensión venocapilar
 - ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de insuficiencia aórtica
- 2.2 ECG
 - ❖ Hipertrofia VI, alteraciones del ritmo
 - ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de insuficiencia aórtica
- 2.3 Ecocardiograma
 - ❖ Permite valorar los siguientes parámetros:
 - Mecanismo y severidad de la insuficiencia aórtica.
 - FE, hipertrofia y diámetros de VI. Manejar diámetros ventriculares según la superficie corporal (diámetro/m²)
 - Diámetros transversos de aorta (raíz y aorta ascendente).
 - ❖ Indicaciones:
 - ETT:
 - Basal en todos los pacientes con sospecha/diagnóstico de regurgitación.
 - En el seguimiento según severidad (ver apartado específico).
 - ETE:
 - En caso de ETT subóptimo
- 2.4 Ventriculografía isotópica
 - ❖ Volumen y función de VI
 - ❖ Indicaciones: si existe una mala ventana ecocardiográfica o discordancia entre los datos clínicos y ecocardiográficos
- 2.5 Ventriculografía con contraste yodado
 - ❖ Volumen y función de VI
 - ❖ Indicaciones: cuando los estudios no invasivos no son concluyentes o existe discrepancia con la clínica en relación a la disfunción ventricular y la necesidad de cirugía.



2.6 Aortograma

- ❖ Informa sobre la severidad de la regurgitación
- ❖ Indicaciones: cuando los estudios no invasivos no son concluyentes o existe discrepancia con la clínica en relación a la severidad de la regurgitación y la necesidad de cirugía.

2.7 Coronariografía

- ❖ Indicaciones: en pacientes con indicación de recambio valvular y alguna de las siguientes características: mayores de 55 años en varones y de 60 en mujeres, antecedentes de angina o infarto y presencia de dos o más FRCV.

2.8 TAC torácico

- ❖ Diámetros de aorta torácica
- ❖ Indicaciones: si la aorta ascendente mide > 45 mm

3 CRITERIOS DE SEVERIDAD:

Graduación de la severidad de la insuficiencia aórtica según criterios ecográficos y angiográficos:

	Leve	Moderada	Severa
Grado angiográfico	1+	2+	3-4+
Anchura jet color/TSVI	< 25%	25-65%	> 65%
Vena contracta (cm)	< 0.3	0.3-0.59	≥ 0.6
Volumen regurgitante (ml/lat)	< 30	30-59	≥ 60
Fracción regurgitante (%)	< 30	30-49	≥ 50
ORE (cm ²)	< 0.1	0.1-0.29	≥ 0.3
Tamaño VI			Grande

4 TRATAMIENTO

3.1 Médico

- ❖ Todos los pacientes que tienen IAo de cualquier gravedad deben recibir profilaxis de endocarditis bacteriana.
- ❖ Deberán recibir tratamiento con vasodilatadores como nifedipino o IECAs en los siguientes casos:
 - IAo leve o moderada acompañada de hipertensión arterial.
 - IAo severa con dilatación ventricular sin criterios de recambio valvular
- ❖ Los pacientes con IAo leve o moderada que están asintomáticos y que tienen un tamaño cardíaco normal no precisan ningún tratamiento.



3.2 Quirúrgico

- ❖ Insuficiencia aórtica severa sintomática.
- ❖ Insuficiencia aórtica severa asintomática con:
 - FE < 50% (25-49%)
 - DTS > 55 o DTD > 75. En pacientes con superficie corporal pequeña emplear diámetros indexados: $DTS > 25 \text{ mm/m}^2$
- ❖ Insuficiencia aórtica moderada-severa en pacientes que van a ser sometidos a otra cirugía cardiaca/aorta ascendente asociada
- ❖ Insuficiencia aórtica moderada-severa, independientemente de la situación funcional, con dilatación de aorta ascendente > 55 mm o > 50 mm si Marfán, antecedentes familiares de disección precoz (< 40 años) o progresión de la dilatación (> 5mm/año).

3.3 Situaciones especiales

- ❖ Insuficiencia aórtica severa sintomática con disfunción ventricular severa (FE> 25%). El grado de recomendación de la cirugía en este supuesto es IIb, es decir, existen evidencias conflictivas o divergencias de opinión acerca de su utilidad y su eficacia está menos establecida. Datos a tener en cuenta son que la mortalidad anual en pacientes en GF III-IV con tratamiento médico es muy elevada y que en algunos pacientes la FEVI mejora tras la cirugía, sobre todo si la disfunción ventricular es de menos de un año de duración.
- ❖ Insuficiencia aórtica severa aguda, secundaria a endocarditis, si es clínicamente mal tolerada, el paciente debe ser intervenido precozmente. Si bien tolerada completar tratamiento antibiótico y posteriormente valorar cirugía o seguimiento clínico-ecocardiográfico (ver guía de endocarditis).

5 SEGUIMIENTO

4.1 Precirugía

- ❖ Leve-Moderada : Seguimiento clínico anual y ecocardiográfico cada 2-3 años.
- ❖ Severas asintomática:
 - DTS <50 y DTD <70 mm: Revisión anual clínica y ecográfica
 - DTS >50 y DTD > 70 mm: Revisión semestral clínica y ecográfica

4.1 Postcirugía

- ❖ Ecografía previa al alta (prótesis, FE).
- ❖ Prótesis mecánica: revisión clínica anual. No se precisan ecos rutinarios en pacientes asintomáticos sin cambios exploratorios y con buena función ventricular. ETT si cambios exploratorios o clínicos.
- ❖ Prótesis biológica: revisión clínica anual. No se precisan ecos rutinarios en pacientes asintomáticos sin cambios exploratorios y con buena función ventricular. ETT si cambios exploratorios o clínicos y anual a partir del 8º año.
- ❖ En pacientes con disfunción ventricular: seguimiento clínico más estrecho (cada 6 meses).
- ❖ Vigilar en pacientes con afectación de raíz de aorta la dilatación de segmentos no intervenidos o el desarrollo de pseudoaneurismas en los injertos vasculares (ver guía patología de la aorta).

