

Fig. 1

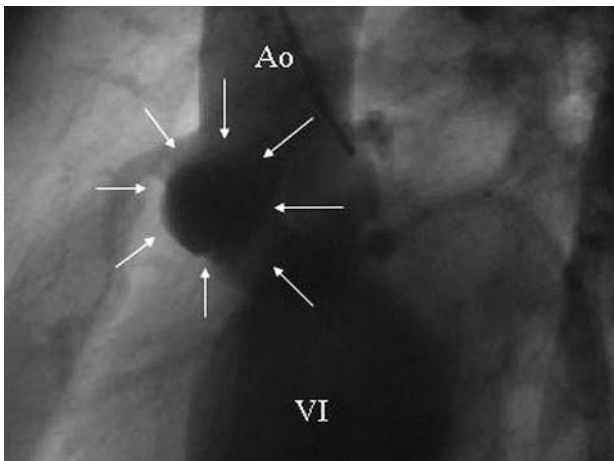


Fig. 2.

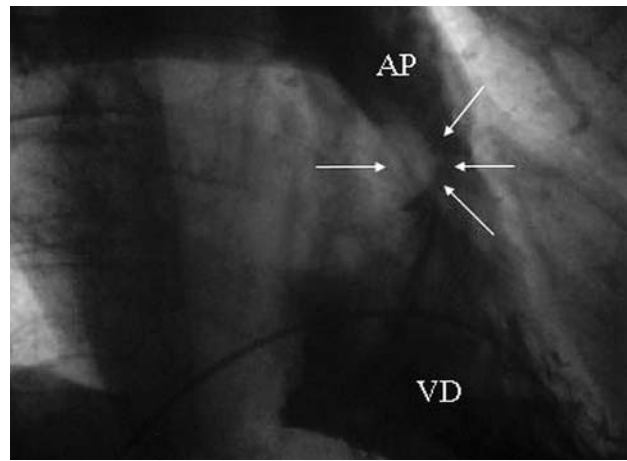


Fig. 3.

Aneurisma del seno de Valsalva y estenosis pulmonar infundibular

Varón de 54 años seguido en la consulta de cardiología desde 1998 por soplo sistólico-diastólico en el borde paraesternal izquierdo, con antecedentes de hábito tabáquico, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Presentaba clínica de disnea en clase funcional II de la New York Heart Association. En el electrocardiograma se aprecia una gran hipertrofia de las cavidades izquierdas con sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo.

Se realizó un estudio hemodinámico y angiográfico. En la retirada de la arteria pulmonar al ventrículo derecho hay un gradiente infundibular de 30 mmHg (fig. 1; APT: tronco de la arteria pulmonar; VD: ventrículo derecho). En la aortografía se observa una regurgitación aórtica de grado IV y un aneurisma en el seno de Valsalva derecho del tamaño de una cereza, con la pared íntegra (figs. 2 y 3, flechas; Ao: arteria aorta; VI: ventrículo izquierdo; AP: arteria pulmonar; VD ventrículo derecho). No hay paso de contraste desde las cavidades izquierdas a las derechas. En la ventriculografía derecha en el tracto de salida ventricular derecho se

aprecia una impronta correspondiente al seno de Valsalva anterior (fig. 3). No se aprecian saltos oximétricos que sugieran la existencia de cortocircuitos.

Los aneurismas congénitos del seno de Valsalva sin perforar cursan frecuentemente con regurgitación aórtica, pero la obstrucción en el tracto de salida del ventrículo derecho es rara, y aún menos habitual la asociación de ambas.

En general, pasan inadvertidos hasta que se rompen y se comunican con otra cavidad cardíaca. Incluso los aneurismas no perforados no son del todo inocuos, ya que se han descrito casos de regurgitación aórtica, obstrucciones en el infundíbulo del ventrículo derecho, isquemia coronaria, obstrucción y regurgitación tricuspíde, trastornos de conducción, etc.

Una vez reconocidos, la reparación quirúrgica puede prevenir las complicaciones de una fístula aortocardiaca producida súbitamente, las endocarditis bacterianas, la insuficiencia cardíaca, etc.

María C. Ferrer, Antonio Sánchez y Antonio Peleato

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.