

Comparación clínica y evolutiva entre válvula aórtica bicúspide y válvula aórtica unicúspide: impacto en disfunción valvular y cirugía

Alfredo Gómez Díaz(1), Lucía Ruiz Ferriz(2), Javier Plaza Hoz(1), Pablo Merino Guijarro(1), Miren Cruz Alonso(1), Pedro Alados Pérez(1), María Magdalena Gortázar Florit(1), Miguel Orejas Orejas(1), José Tuñón Fernández(1) y Marcelino Cortés García(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España y (2)Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España

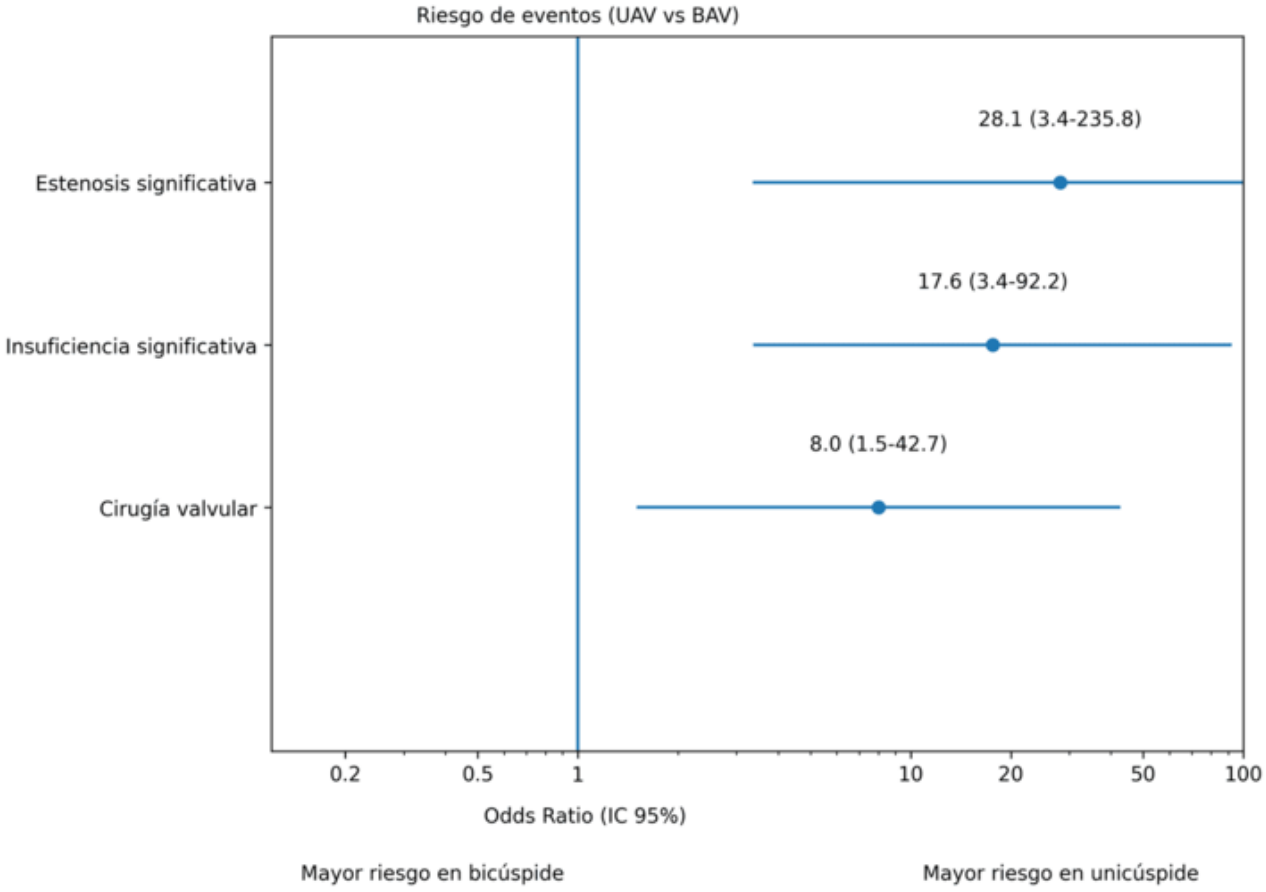
Introducción: Las malformaciones congénitas de la válvula aórtica presentan una expresión clínica variable según su morfología. La válvula aórtica unicúspide es infrecuente y la evidencia sobre su evolución clínica es limitada. El objetivo fue comparar características clínicas, ecocardiográficas y evolución entre válvula bicúspide y unicúspide.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con válvula aórtica bicúspide o unicúspide diagnosticados entre enero de 2021 y diciembre de 2025 en un centro terciario.
Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y eventos. La asociación entre morfología valvular, estenosis o insuficiencia significativa (definida como moderada o severa), y necesidad de cirugía se evaluó mediante regresión logística, expresando los resultados como odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 764 pacientes: 757 (99,1%) con válvula bicúspide y 7 (0,9%) unicúspide. La edad media al diagnóstico fue significativamente menor en los pacientes con válvula unicúspide (29,2±9,7 vs 49,7±15,5 años; p<0,001).
En la evaluación basal, no se observaron diferencias en la presencia de estenosis aórtica significativa (14,3% vs 9,0%; p=0,707), mientras que la insuficiencia aórtica significativa fue más frecuente en válvulas unicúspides (57,2% vs 11,1%; p=0,013).
Tras un seguimiento medio de 16,1±14,9 meses, estas diferencias se acentuaron. La morfología unicúspide se asoció a mayor probabilidad de estenosis aórtica significativa en la evolución (OR 28,15; IC95% 3,36–235,76), así como de insuficiencia aórtica significativa (OR 17,63; IC95% 3,37–92,18), evidenciando un incremento significativo del riesgo de disfunción valvular.
De forma concordante, la necesidad de cirugía valvular a lo largo del seguimiento fue estadísticamente superior en válvulas unicúspides (28,6% vs 4,8%; OR 8,01; IC95% 1,50–42,71).

Conclusiones: La válvula aórtica unicúspide presenta un perfil clínico diferenciado respecto a la bicúspide, con diagnóstico en edades más tempranas y presentando mayor progresión de la enfermedad valvular. En nuestra población, la válvula aórtica unicúspide se asoció a mayor carga y progresión de valvulopatía significativa, tanto estenótica como insuficiente, así como a una mayor necesidad de cirugía. Estos hallazgos apoyan su consideración

como una entidad de mayor riesgo y sugieren la necesidad de un seguimiento más estrecho en este subgrupo.



Comparación clínica y ecocardiográfica entre válvula bicúspide y unicúspide

Variable	Bicúspide (n=757)	Unicúspide (n=7)	p valor
Edad (años)	49,7±15,5	29,2±9,7	<0,001
Varón, n (%)	537 (70,9%)	5 (71,4%)	0,977
Estenosis significativa, n (%)	68 (9,0%)	1 (14,3%)	0,707
Insuficiencia significativa, n (%)	84 (11,1%)	4 (57,2%)	**0,013**
Raíz aórtica basal (mm)	33,7±5,5	28,2±14,2	0,017
Aorta ascendente basal (mm)	36,2±6,6	32,8±16,7	0,219
FEVI (%)	59,4±4,7	60,1±3,9	0,661
Cardiopatía congénita asociada, n (%)	26 (3,4%)	0 (0%)	—
Coartación de aorta	12 (1,6%)	0 (0%)	—
Comunicación interventricular	3 (0,4%)	0 (0%)	—
Ductus arterioso persistente	3 (0,4%)	0 (0%)	—
Anomalías coronarias	3 (0,4%)	0 (0%)	—
Comunicación interauricular	1 (0,1%)	0 (0%)	—
Otras	4 (0,5%)	0 (0%)	—
Cirugía valvular, n (%)	36 (4,8%)	2 (28,6%)	**0,043**

Los datos se expresan como media ± desviación estándar o n (%). La estenosis e insuficiencia aórticas significativas se definieron como grado ≥ moderado. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.