

Valvulopatía aórtica congénita en población adulta: impacto de la morfología valvular

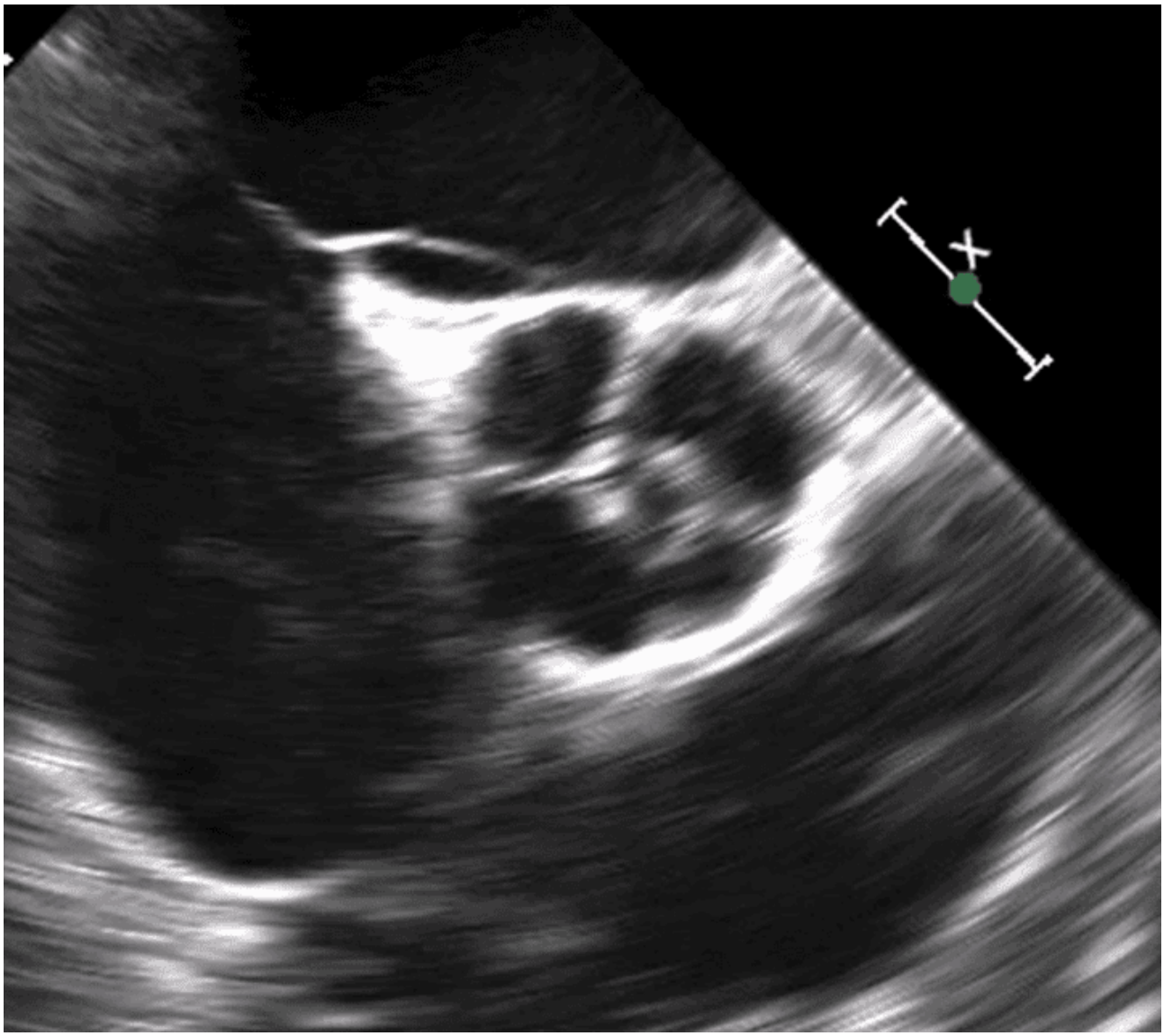
Alfredo Gómez Díaz(1), Lucía Ruiz Ferriz(1), Miren Cruz Alonso(1), Javier Plaza Hoz(1), Pablo Merino Guijarro(1), María Magdalena Gortázar Florit(1), Pedro Alados Pérez(1), Miguel Orejas Orejas(1), José Tuñón Fernández(1) y Marcelino Cortés García(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario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

Introducción: Las malformaciones congénitas de la válvula aórtica constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones estructurales asociadas a disfunción valvular y aortopatía. La evidencia sobre la expresión clínica y evolución según la morfología valvular es limitada. El objetivo fue caracterizar el perfil entre válvulopatía aórtica bicúspide y no bicúspide.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos con valvulopatía aórtica congénita (unicúspide, bicúspide y cuadricúspide) 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, disfunción significativa (moderada o severa) y cirugía se evaluó mediante regresión logística (OR, IC95%).

Resultados: Se incluyeron 772 pacientes, de los cuales el 70,9% eran varones. La distribución fue bicúspide en el 98,1%, unicúspide en el 0,9% (n=7) y cuadricúspide en el 1,0% (n=8). La edad media al diagnóstico fue de 49,5±15,6 años, siendo significativamente menor en no bicúspides (39,8±19,7 vs 49,7±15,5 años; p=0,015). Se identificó otra cardiopatía congénita asociada en el 3,4% de la cohorte, exclusivamente en morfología bicúspide. Tras un seguimiento medio de 16,1±14,9 meses (49,8±52,3 meses desde el diagnóstico), las morfologías no bicúspides presentaron una mayor carga de disfunción valvular significativa, tanto insuficiencia (66,7% frente al 12,4% (p<0,001)) como estenosis (46,7% frente al 17,6% (p=0,004)). Asimismo, la necesidad de cirugía valvular fue superior (20,0% vs 4,8%; p=0,008).
Durante el seguimiento, el 5,1% de los pacientes fue sometido a cirugía valvular y el 3,8% a cirugía de aorta ascendente; en conjunto, el 6,9% precisó alguna intervención.
En regresión logística, la morfología no bicúspide se asoció con mayor probabilidad de insuficiencia significativa (OR 14,11; IC95% 4,72–42,17; p<0,001), estenosis significativa (OR 4,11; IC95% 1,46–11,52; p=0,007) y cirugía valvular (OR 5,01; IC95% 1,35–18,53; p=0,016).

Conclusiones: Las valvulopatías aórticas congénitas muestran una notable variabilidad fenotípica asociada a una diferente carga de enfermedad. Las morfologías no bicúspides se asocian a diagnóstico más temprano y mayor carga de disfunción valvular y necesidad de intervención. Estos hallazgos apoyan la necesidad de estrategias de seguimiento y evaluación adaptadas a la morfología valvular.


X

Características clínicas, ecocardiográficas y evolutivas según morfología valvular (válvula aórtica bicúspide vs no bicúspide)

Variable	Bicúspide (n=757)	No bicúspide (n=15)	p valor
Edad al diagnóstico (años)	49,7±15,5	39,8±19,7	0,015
Varón, n (%)	537 (70,9%)	10 (66,7%)	0,718
Cardiopatía congénita asociada, n (%)	26 (3,4%)	0 (0%)	0,465
Estenosis aórtica significativa, n (%)	133 (17,6%)	7 (46,7%)	**0,004**
Insuficiencia aórtica significativa, n (%)	94 (12,4%)	10 (66,7%)	**<0,001**
Raíz aórtica (mm)	34,8±5,6	33,7±5,9	0,44
Aorta ascendente (mm)	37,3±6,4	37,0±6,7	0,857
FEVI (%)	59,4±4,7	57,1±8,6	0,076
EVENTOS			
Cirugía valvular aórtica, n (%)	36 (4,8%)	3 (20,0%)	**0,008**
Cirugía de aorta ascendente, n (%)	27 (3,6%)	2 (13,3%)	0,106
Cualquier intervención aórtica/valvular, n (%)	50 (6,6%)	3 (20,0%)	0,042
CARDIOPATÍA CONGÉNITA ASOCIADA			
Coartación de aorta	12 (1,6%)	0 (0%)	—
Comunicación interventricular	3 (0,4%)	0 (0%)	—
Comunicación interauricular	1 (0,1%)	0 (0%)	—
Anomalías coronarias	3 (0,4%)	0 (0%)	—
Ductus arterioso persistente	3 (0,4%)	0 (0%)	—
Otras	3 (0,4%)	0 (0%)	—

Datos expresados como media ± DE o n (%). Disfunción valvular significativa definida como ≥ moderada. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Los valores de p corresponden a comparaciones entre válvula bicúspide y no bicúspide.