

Insuficiencia aórtica severa: no olvides revisar el engrosamiento de la pared. Reporte de caso

Rafael Martín-Portugués Palencia 
Alejandro Quijada Fumero 
María Padilla Bautista 
Marcos Farrais Villalba
Julio Salvador Hernández-Afonso 

Correspondencia

Rafael Martín-Portugués Palencia
rafamp@gmail.com

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. España.

Recibido: 12/02/2025

Aceptado: 26/05/2025

Publicado: 31/08/2025

Citar como: Martín-Portugués Palencia R, Quijada Fumero A, Padilla Bautista M, Farrais Villalba M, Hernández-Afonso JS. Insuficiencia aórtica severa: No olvides revisar el engrosamiento de la pared. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2025 Ago; 8(2): 13-16. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v8n2a4>.

Cite this as: Martín-Portugués Palencia R, Quijada Fumero A, Padilla Bautista M, Farrais Villalba M, Hernández-Afonso JS. Severe aortic regurgitation: Don't forget to check for wall thickening. Case report. Rev Ecocardiogr Pract Otras Tec Imag Card (RETIC). 2025 Aug; 8(2): 13-16. doi: <https://doi.org/10.37615/retic.v8n2a4>.

Palabras clave

- ▷ Enfermedad valvular.
- ▷ Vasculitis
- ▷ Ecocardiografía.

Keywords

- ▷ Valve Disease.
- ▷ Vasculitis.
- ▷ Echocardiography.

RESUMEN

Diferentes enfermedades sistémicas pueden presentar como complicaciones lesiones valvulares secundarias a inflamación. Las variantes de vasculitis más comunes afectan sobre todo a la aorta y sus ramas. En algunos pacientes pueden aparecer lesiones coronarias y valvulares debido a procesos inflamatorios de la íntima. El engrosamiento de los velos valvulares se observa raramente y se valora mediante ecocardiografía. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló una insuficiencia aórtica severa en el contexto de una vasculitis con afectación de grandes vasos.

ABSTRACT

Different systemic diseases can cause valvular lesions secondary to inflammation. The most common variants of vasculitis mainly affect the aorta and its branches. In some patients, coronary and valvular lesions may appear due to inflammatory processes of the intima. Valvular leaflet thickening is rarely observed and is assessed by echocardiography. We present the case of a patient who developed severe aortic insufficiency in the context of vasculitis with large vessels involvement.

Presentación del caso

Una mujer de 50 años fue admitida en el departamento de urgencias debido a deterioro del estado funcional asociado con malestar y fatiga, y a episodios concomitantes de dolor de cabeza. Tenía historia de hipertensión y dislipidemia, sin otros antecedentes conocidos

En el examen físico, estaba afebril; la auscultación reveló un soplo diastólico (II/IV) y estertores en la auscultación pulmonar. El ECG mostró ritmo sinusal con bloqueo auriculoventricular de primer grado sin otras anomalías.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostró función ventricular izquierda conservada sin alteraciones de la contracción segmentaria con fracción de eyección estimada en 60%. El ventrículo derecho tenía tamaño y función normal. La aurícula izquierda estaba ligeramente agrandada. La válvula

aórtica estaba engrosada con una insuficiencia aórtica severa. También había enfermedad no significativa de la válvula mitral.

Ante estos hallazgos, decidimos realizar un ecocardiograma transesofágico (ETE) (**Videos 1 y 2**). Se observó una válvula aórtica tricúspide con velos marcadamente engrosados, y con engrosamiento del anillo aórtico y de la fibrosa de la unión mitro-aórtica, que se extendía al velo anterior de la válvula mitral.

La raíz aórtica y la aorta también presentaban un engrosamiento concéntrico de la pared (> 5 mm) (**Figura 1**). Se comprobó que la válvula aórtica tenía insuficiencia aórtica severa (**Video 3 y Figura 2**).

El diagnóstico diferencial incluyó las enfermedades primarias de la válvula aórtica (basado en los hallazgos del ETT) con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o las diferentes etiologías secundarias de la regurgitación aórtica.

En este momento se sospechó una posible vasculitis como el diagnóstico más probable. Se realizó una angiografía con TC para estudiar la arteria pulmonar, la aorta y sus ramas principales, y las arterias coronarias. Se observó un engrosamiento difuso y concéntrico de la aorta ascendente proximal y también un engrosamiento circunferencial desde la aorta torácica y abdominal hasta las arterias ilíacas comunes (incluyendo arterias renales, tronco celiaco y arteria mesentérica superior) (Figura 3).

Con estos resultados que sugerían una vasculitis de grandes vasos, realizamos una interconsulta con el departamento de reumatología para definir el tratamiento a iniciar. La paciente recibió tres bolos de corticosteroides de alta dosis (metilprednisolona 500 mg por día) y comenzó con tratamiento inmunosupresor (ciclofosfamida), con remisión de los síntomas.

En un examen de seguimiento seis meses después del diagnóstico, se realizaron una tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/CT) (Figura 4) y un ETT. Los hallazgos sugirieron la remisión de la enfermedad, sin vasculitis activa. Además, los hallazgos del ETT mostraron una regurgitación aórtica de grado III con una mejora en el engrosamiento de la pared aórtica, aunque todavía ligeramente engrosada (Videos 4 y 5). La paciente permanece asintomática sin reingresos un año después del alta. Ante la disminución en la severidad de la regurgitación, encontrarse la paciente asintomática y con función ventricular conservada se optó por hacer tratamiento conservador de su valvulopatía y revalorar la indicación quirúrgica según su curso evolutivo.

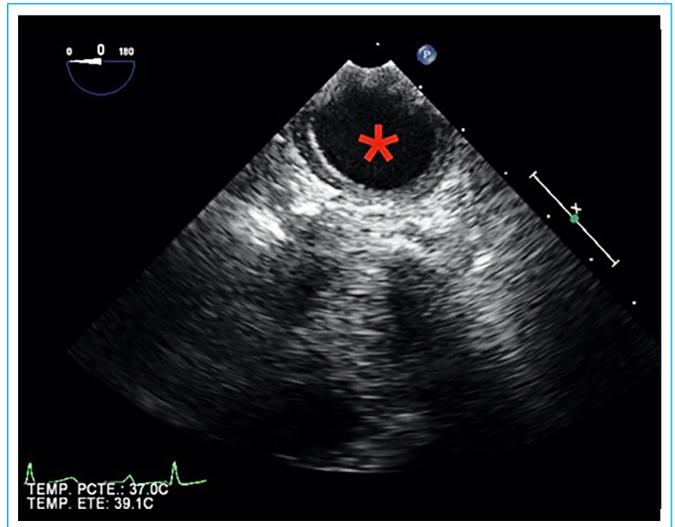
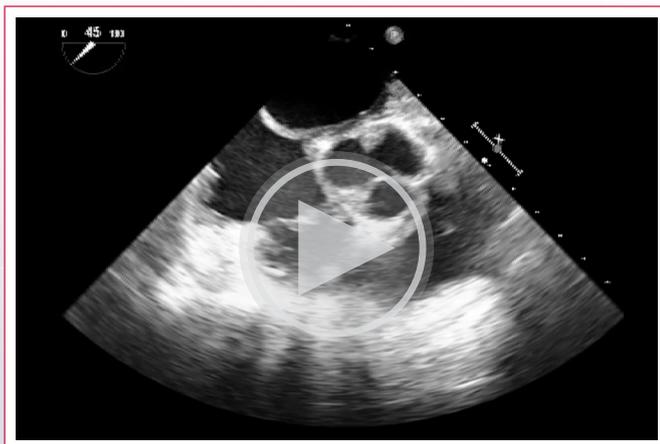
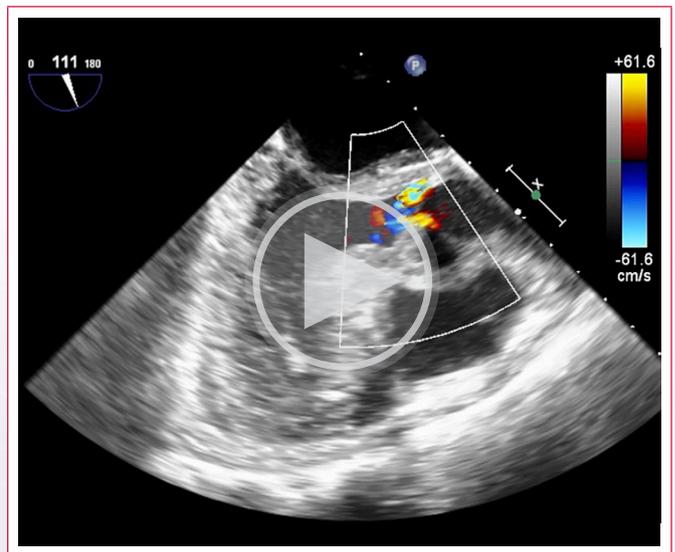


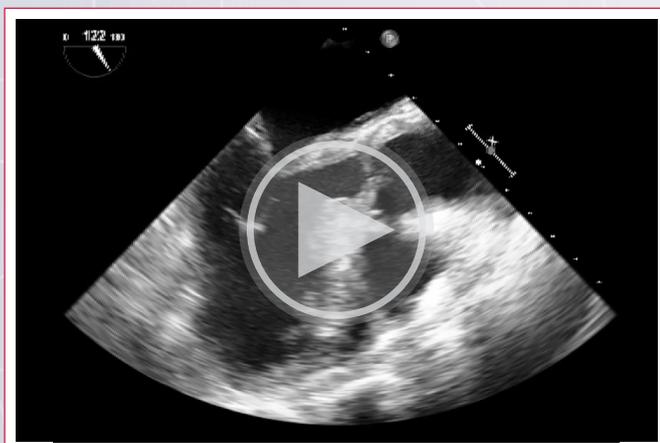
Figura 1. ETE en el diagnóstico. Plano transversal de aorta que muestra el engrosamiento de la pared.



Video 1. ETE en el diagnóstico. Plano transversal de grandes vasos. Destaca el engrosamiento marcado de los velos de la válvula aórtica.



Video 3. ETE en el diagnóstico. Plano medioesofágico a 135° de grandes vasos con doppler color. Muestra insuficiencia aórtica severa



Video 2. ETE en el diagnóstico. Plano medioesofágico a 135° de grandes vasos. Se aprecia de nuevo el engrosamiento de los velos de la válvula aórtica. El engrosamiento se extiende a la continuidad mitroaórtica y al velo anterior de la mitral.

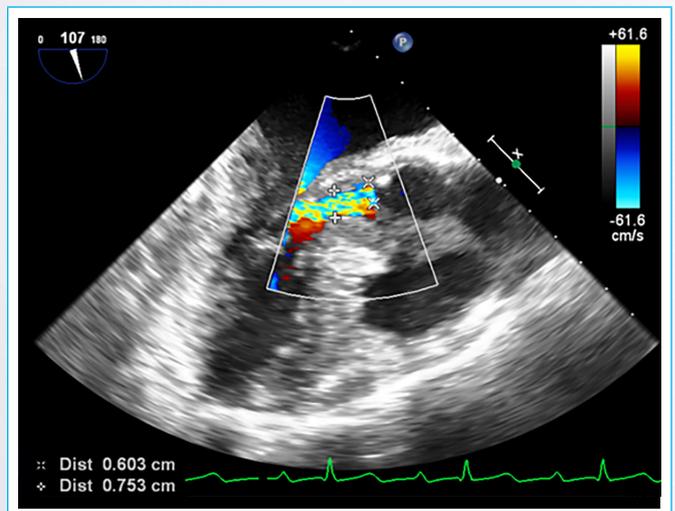


Figura 2. ETE en el diagnóstico. Valoración de la severidad de la insuficiencia con la medida de la vena contracta.

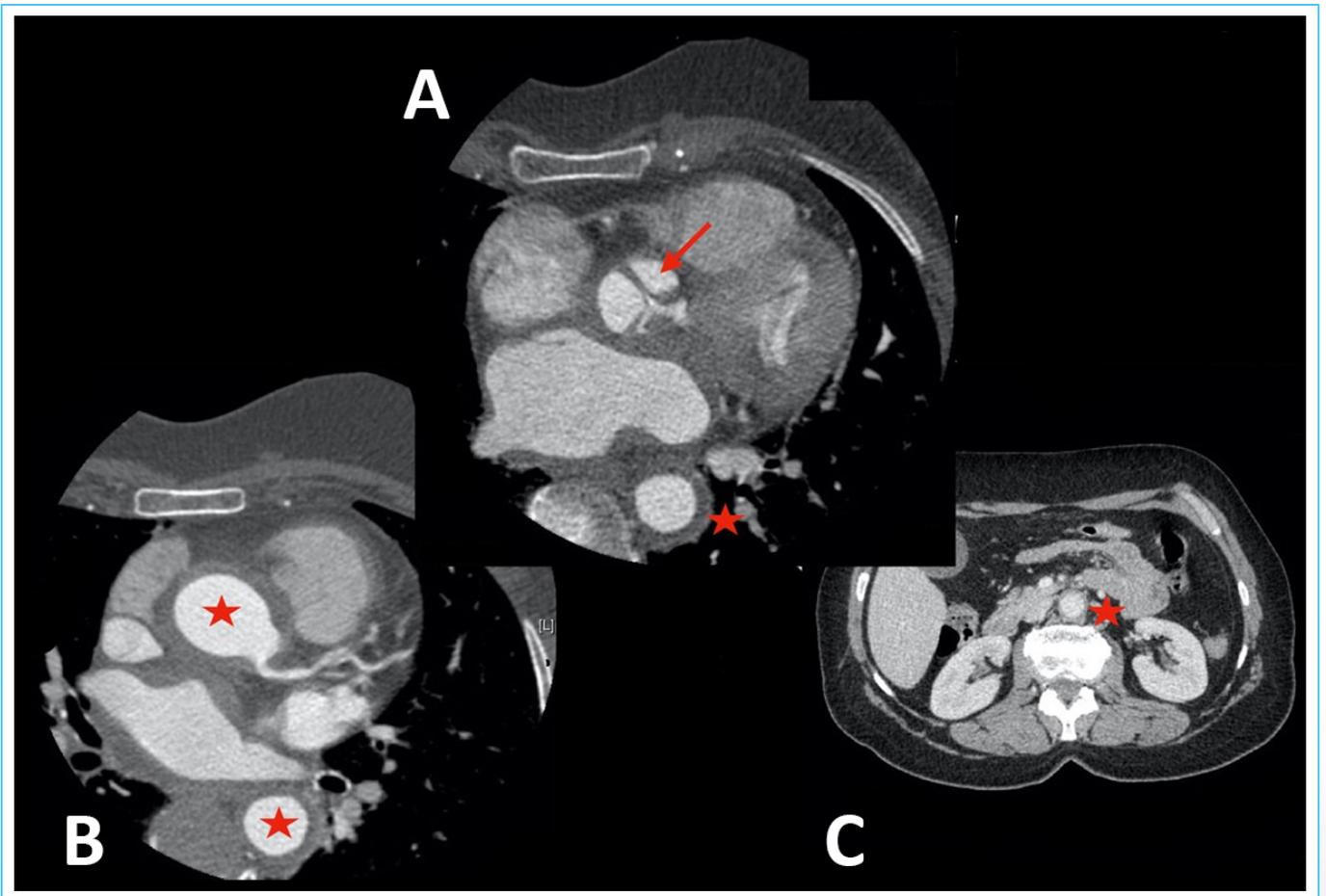


Figura 3. Tomografía computarizada. La imagen muestra el engrosamiento de la válvula aórtica (a) y también de la pared de la aorta a varios niveles (estrellas rojas en b, c).

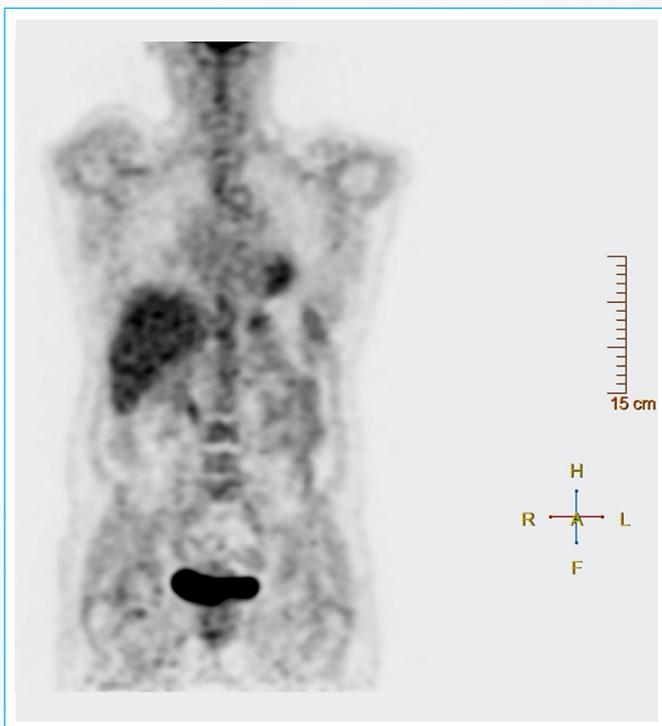
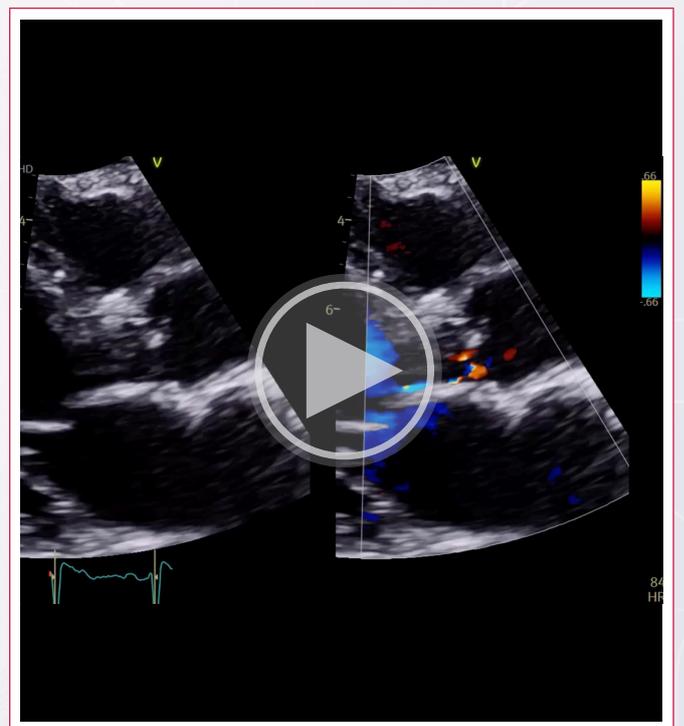
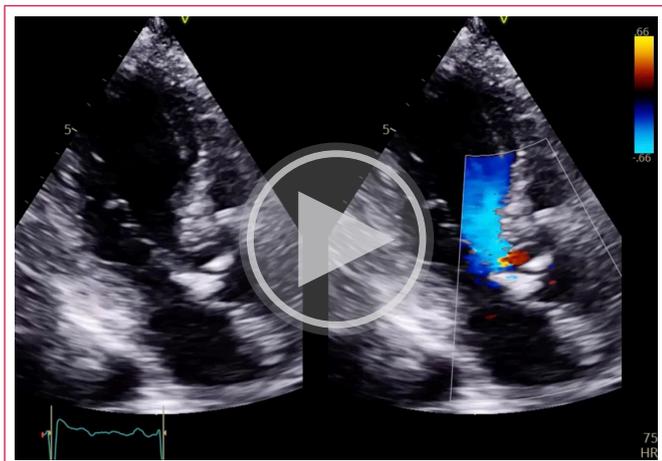


Figura 4. PET/TC tras 6 meses de tratamiento con corticosteroides y ciclofosfamida. No se identificó actividad inflamatoria.



Vídeo 4. ETT a los 6 meses. Válvula aórtica en el plano paraesternal de eje largo.



Video 5. ETT a los 6 meses. Válvula aórtica en el plano apical de tres cámaras.

Discusión

La aortitis se presenta como una inflamación no específica de la pared aórtica. Puede ser causada por enfermedades inflamatorias, infecciosas e idiopáticas. Los síntomas son variables, y por ello se requiere un alto nivel de sospecha clínica para diagnosticarla. Los síntomas principales en la presentación incluyen dolor de cabeza, dolor de espalda, polimialgia y fiebre¹.

El ETE es un método excelente de valoración debido a su capacidad para evaluar lesiones en la aorta torácica y también problemas valvulares (como el engrosamiento de las valvas, como se vio en el informe del caso). Además, la TC es útil porque proporciona una imagen de alta resolución de la pared aórtica, lo cual es útil para confirmar el diagnóstico.

La imagen nuclear muestra actividad inflamatoria, pero no tiene gran precisión para localizar anatómicamente la enfermedad. La resonancia magnética angiográfica es el estándar de oro para el diagnóstico porque puede mostrar alteraciones en la pared o edema^{2,3}.

La asociación de la aortitis con problemas valvulares se observa en el 13%-44% de los pacientes, causando dilatación del anillo aórtico y problemas de coaptación debido a la inflamación. El enfoque general para estos problemas valvulares es controvertido porque la cirugía tiene un riesgo más elevado de complicaciones graves como el pseudoaneurisma en la sutura con la válvula o como el desprendimiento de la prótesis^{4,5}.

Sin embargo la cirugía sí se recomienda cuando hay enfermedad concomitante de las arterias coronarias, insuficiencia aórtica de grado III-IV, coartación aórtica o aneurismas de alto riesgo, siempre y cuando la enfermedad inflamatoria esté bajo control^{3,6}.

El tratamiento consiste en corticosteroides con el objetivo de controlar el patrón inflamatorio de la enfermedad y buscar la remisión completa. El uso de otros medicamentos como ciclofosfamida o también tocilizumab ayuda a evitar la recaída de la enfermedad^{1,7}.

Después de la remisión, se necesita un control periódico teniendo en cuenta los síntomas y signos, los parámetros inflamatorios de laboratorio y, obviamente, pruebas de imagen¹.

Conclusión

La aortitis puede deberse a diferentes causas. Muchas veces tiene síntomas no específicos, lo que dificulta el diagnóstico. Es fundamental realizar una evaluación rápida con imágenes (ETE, TC, RM o imágenes nucleares), que pueden detectar la inflamación de la pared aórtica. En cuanto al diagnóstico de la aortitis, es esencial buscar la etiología, ya que se utilizan diferentes tratamientos según la causa. Los corticosteroides son el tratamiento de primera línea en la aortitis inmune, y la cirugía debe retrasarse idealmente hasta que la enfermedad esté bajo control.

Ideas para recordar

- El estudio de imagen multimodal es la base del diagnóstico de aortitis.
- El primer paso del tratamiento son los antiinflamatorios. La cirugía se debe realizar cuando el componente inflamatorio de la enfermedad esté controlado.

Fuente de financiación

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiación.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones de interés comercial o personal dentro del marco de la investigación que condujo a la producción del artículo.

Bibliografía

1. Gornik H, Creager M. Aortitis. *Circulation* 2008; 117 (23): 3039-51. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.760686>
2. Restrepo CS, Ocazionez D, Suri R, Vargas D. Aortitis: imaging spectrum of the infectious and inflammatory conditions of the aorta. *Radiographics*. 2011 Mar-Apr;31(2):435-51. doi: <https://doi.org/10.1148/rg.312105069>
3. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *Eur Heart J* 2014;35: 2873-926. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>
4. Adachi O, Saiki Y, Akasaka J, Oda K, Iguchi A, Tabayashi K. Surgical Management of Aortic Regurgitation Associated With Takayasu Arteritis and Other Forms of Aortitis. *Annals of Thoracic Surgery*. 2007 Dec;84(6):1950-1953. doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2007.07.025>
5. Suzuki A, Amano J, Tanaka H, Sakamoto T, Sunamori M. Surgical consideration of aortitis involving the aortic root. *Circulation* 1989;80:1222-32.
6. Liang P, Hoffman GS. Advances in the medical and surgical treatment of Takayasu arteritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005 Jan;17(1):16-24. doi: <https://doi.org/10.1097/01.bor.0000146607.65808.37>
7. Unizony, S., Arias-Urdaneta, L., Miloslavsky, E., Arvikar, S., Khosroshahi, A., Ke-roack, B., Stone, J.R. and Stone, J.H. (2012), Tocilizumab for the treatment of large-vessel vasculitis (giant cell arteritis, Takayasu arteritis) and polymyalgia rheumatica. *Arthritis Care Res*, 64: 1720-1729. doi: <https://doi.org/10.1002/acr.21750>