

## MINOCA como forma de presentación de una estenosis subvalvular aórtica

Agustin Scasso<sup>1</sup>; Gimena Loza<sup>1</sup>; Victoria Briano<sup>1</sup>; Arturo Pazos<sup>1</sup>

*1 - Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas.*

### Introducción

La estenosis subaórtica es responsable del 10% de los casos de obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI). Existen dos formas de presentación: de tipo membranosa y de tipo muscular, siendo la primera la más frecuente, alcanzando aproximadamente el 90% del total de los casos. La ecocardiografía es clave para el diagnóstico y permite valorar la presencia de complicaciones y la coexistencia con otras cardiopatías congénitas.

### Caso Clínico

Hombre, 43 años, sin antecedentes personales. Consulta en puerta de emergencia por episodio de dolor torácico en reposo, tipo urente de 30 minutos de duración, acompañado de síndrome neurovegetativo, que cede espontáneamente. Historia de disnea de esfuerzo clase funcional II NYHA de meses de evolución, sin otros síntomas. Al examen físico se destaca soplo sistólico en foco aórtico 3/6, sin irradiaciones, segundo ruido conservado. Se realiza ECG que evidencia sobrecarga AIz, hipertrofia VI y elementos de sobrecarga sistólica. Se realiza dosificación de troponina I que fueron positivas de 3700 ng/ml (valor percentil 99 40). Con planteo IAMsST se traslada para CACG de urgencia que no evidencia lesiones angiográficamente significativas. Se realiza ETT (figura 1) y RNM cardíaca (figura 2) que evidencian membrana subvalvular con criterios de resección quirúrgica. Buena evolución, no repitió dolor torácico y se mantuvo eléctrica y hemodinámicamente estable, por lo que se otorgó alta y se coordinó la cirugía de forma ambulatoria. Se realizó la resección exitosa de la membrana subaórtica (figura 3). El ETE de control en el postoperatorio no evidenció aceleración del flujo en el TSVI. Dada la excelente evolución posterior, se otorga el alta a los 4 días de la cirugía. En el control al mes el paciente se encontraba asintomático, sin disnea.

### Pruebas complementarias

CACG: sin lesiones angiográficamente significativas. ETT complementado con ETE (figura 1): VI con hipertrofia concéntrica, sin alteraciones sectoriales en la contractilidad, FEVI normal. A nivel subvalvular, a una distancia de la válvula aórtica de 6 mm, se observa membrana fibrosa, que provoca aceleración del flujo a dicho nivel, con gradiente máximo de 50 mmHg y gradiente medio de 30 mmHg e insuficiencia aórtica leve. RNM cardíaca (figura 2): membrana subaórtica con aceleración del flujo a dicho nivel e insuficiencia aórtica leve, sin evidencia de realce tardío con gadolinio.

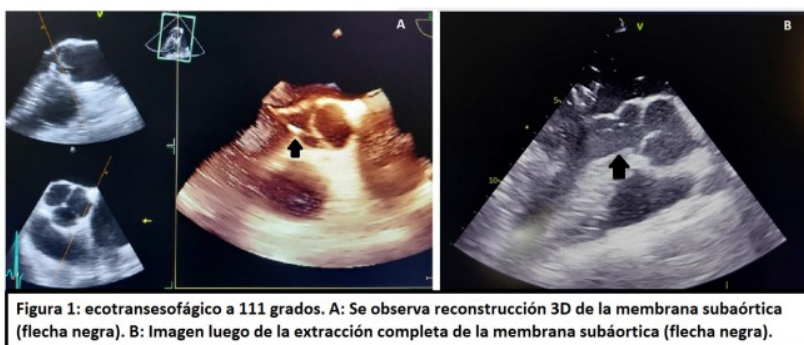
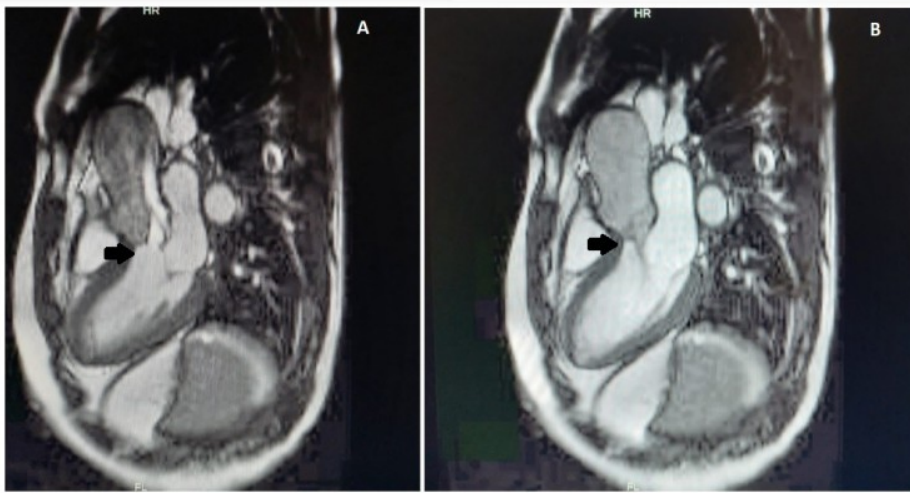
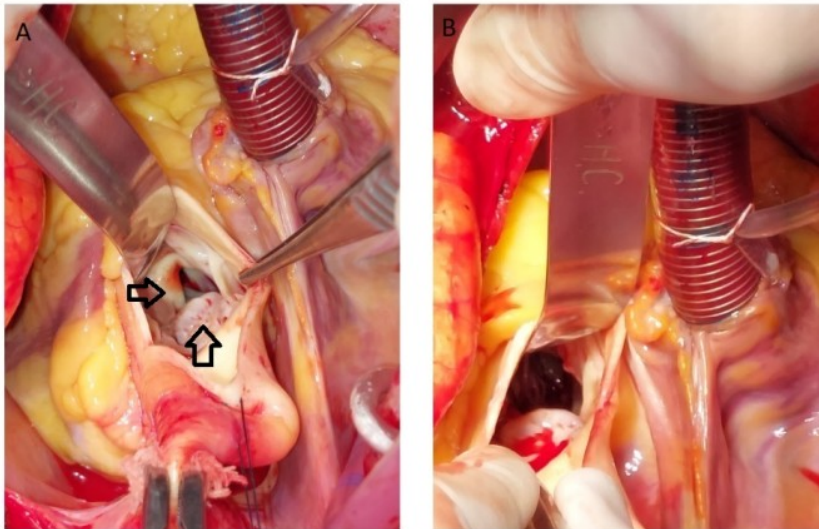


Figura 1: ecotransesofágico a 111 grados. A: Se observa reconstrucción 3D de la membrana subaórtica (flecha negra). B: Imagen luego de la extracción completa de la membrana subaórtica (flecha negra).



**Figura 2: Cardioresonancia tres camaras. A: se evidencia membrana subaórtica con yet de estenosis en la aorta (flecha negra). B: Se evidencia minimo yet regurgitante de insuficiencia aortica (flecha negra)**



**Figura 3: Vista cefálica de la cirugía cardiaca. A: Se observa membrana subaórtica que ocupa la mayor parte del TSVI (flechas negras). B: Fotografía luego de la resección de la membrana.**

---

### **Diagnóstico**

Estenosis subvalvular aórtica

---

### **Discusión**

Se presenta un caso de una patología poco frecuente, con una forma de presentación atípica tanto por la edad como por la clínica. La indicación quirúrgica, consistente en la resección de la membrana, se basa en la presencia de síntomas no atribuibles a otra causa y en la constatación de un gradiente de severidad; en pacientes asintomáticos el nivel de evidencia para la intervención es menor y se justifica cuando existe repercusión sobre el VI o insuficiencia valvular severa. Existe una tasa de recurrencia no despreciable que obliga en ocasiones a la reintervención. La mejoría de los métodos de diagnóstico por imagen nos enfrenta en la actualidad a una mayor cantidad de pacientes con esta patología en nuestra práctica clínica diaria, por lo que es fundamental el conocimiento de la misma.

---