

UNIVERSIDAD

DEL SURESTE

CLINICA PEDIATRÍA

DR. JIMENEZ ORTEGA LUIS
MAURICIO

KAREN ALEJANDRA
MORALES MORENO.

CARDIOPATÍA CONGÉNITA ACIANÓTICA

CARDIOPATÍA / ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES C.	ESTUDIOS DE IMAGEN	TRATAMIENTO
<p>COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR</p> <p>Se produce cuando uno de estos componentes se desarrolla mal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabique interventricular - Tabique de la aurícula - Tabique membranoso 	<ul style="list-style-type: none"> • CV Pequeños: asintomáticos, soplo fuerte. • CV moderados/grandes: cianosis pulmonar excesiva, e ic. • Hallazgo físico: soplo pansistólico • Desdoblamiento de S₂ 	<ul style="list-style-type: none"> • CV pequeños: estudios normales • CV grandes: color azul de volumen del corazón (querencia) • ECG: dilatación e hipertrofia auricular y ventricular Izq. • Radiografía: cardiomegalia, dilatación de la aorta de izquierda y curvatura pulmonar prominente. • ECG: eje desviado a la derecha e hipertrofia ventricular derecha • Radiografía: cardiomegalia, dilatación de la aorta de izquierda y curvatura pulmonar prominente. • CAP pequeños: ECG y radiografía normales. • CAP moderado/grande: ECG hipertrófica ventricular izquierda - Radiografía: silueta completa de aorta pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • CV moderados/grandes: divérticos con o sin dilatación, reducción de la vascularización • Cirugía: se eliminan dispositivos colocados en este estudio • 3 años persiste el cianotismo se reevalúa • Ostium secundario: dispositivo de cierre. • Ostium primario: cierre quirúrgico • CAP moderado/grande: divérticos • Embolización con estribal o un dispositivo de cierre del CAP
<p>COMUNICACIÓN INTERAORTICAVENTRÍCULO (CAV)</p> <p>Se produce por un fallo en el tabique que divide a las aurículas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os triun secundario: en región oval. - Ostium primario: costumbres endocárdicas - Seño veloso: menos frecuente, es un defecto venoso anormal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depende del tamaño del defecto. • Lado ventricular derecho en BEIT • Soplo sistólico de eyección suave • S₂ desdoblado fijo: por desecarqui del ventrículo derecho. • Cavo circuito mayor: signo mesostático 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG: eje desviado a la derecha e hipertrofia ventricular derecha • Radiografía: cardiomegalia, dilatación de la aorta de izquierda y curvatura pulmonar prominente. • CAP pequeños: ECG y radiografía normales. • CAP moderado/grande: ECG hipertrófica ventricular izquierda - Radiografía: silueta completa de aorta pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Divérticos (3 dígitos) • Reducción postquirúrgica. • Reparación quirúrgica como última instancia.
<p>DEFECTO DEL CONDUCTO PULMONAR</p> <p>Se o comunica por el desarrollo anormal del tejido del conducto endocárdico por el que un fallo en la fosa del tabique con el constrictor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de insuficiencia cardíaca • Hipertensión pulmonar: circulación izquierda • Soplo de regurgitación del conducto sistólico. 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico con ecocardiografía • Radiografía: curvatura pulmonar con dilatación de todas las cavidades. • ECG: eje hacia izquierda e hipertrofia ventricular combinada. • Estudios de imagen: ECG y radiografía normales. • Estudios moderado/grande: eje desviado a la izquierda e hipertrofia ventricular derecha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios sintomáticos: valvuloplastia con globo
<p>ESTENOSIS PULMONAR</p> <p>o comunicada por un fallo en el desarrollo de los tres valvulos de la válvula de una insuficiencia cardíaca del tabique dividida o un fallo en la comunicación de aorta y pulmonar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos sistémicos: asintomática • Estenosis moderada/grave: disnea con el ejercicio y fatigabilidad • Soplo de eyección SISTÓLICO • Si disminuye desdoblado. 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico con ecocardiografía • Radiografía: curvatura pulmonar con dilatación de todas las cavidades. • ECG: eje hacia izquierda e hipertrofia ventricular combinada. • Estudios de imagen: ECG y radiografía normales. • Estudios moderado/grande: eje desviado a la izquierda e hipertrofia ventricular derecha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios sintomáticos: valvuloplastia con globo
<p>ESTENOSIS AÓRTICA.</p> <p>Fallo en el desarrollo de los tres valvulos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valvular. • Subvalvular • Supra valvular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligeros a moderados: no modificado con síntomas • Grave: fatigabilidad, fudib, dolor, intolerancia al ejercicio y síncope. • Soplo sistólico de eyección. 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico con ecocardiografía • Radiografía: dilatación poststenótica de la aorta ascendente o del cayado de la aorta. • Infantil: cardiomegalia marcada e ic. • ECG y radiografía: hipertrofia ventricular izquierda. • Radiografía: ECG y radiografía: hipertrofia ventricular izquierda • Estudios: imágenes costales 	<ul style="list-style-type: none"> • Valvuloplastia con globo. • Si no se resuelve con la valvuloplastia en un caso la reparación quirúrgica.
<p>COMUNICACIÓN DE LA AORTA.</p> <p>Desarrollo del desarrollo del arco aórtico, el arco cervical o la inserción del conducto aórtico no se desarrolla, produciendo un este circuito de la aorta donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición y estructura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presuntiva cuando la aorta aorta del conducto cervical, como alimentación, dificultades respiratorias y síncope. • Soplo sistólico de eyección. • Se presuntiva cuando la aorta aorta del conducto cervical, como alimentación, dificultades respiratorias y síncope. • Soplo sistólico de eyección. 	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico con ecocardiografía • Radiografía: dilatación poststenótica de la aorta ascendente o del cayado de la aorta. • Infantil: cardiomegalia marcada e ic. • ECG y radiografía: hipertrofia ventricular izquierda. • Radiografía: ECG y radiografía: hipertrofia ventricular izquierda • Estudios: imágenes costales 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostaglandina E₁ inhibidores directos • Angiotensina con glóbulos, estribal • Reparación quirúrgica, se realiza con mayor frecuencia.