

**Universidad del Sureste**

**Materia: Clínica de Pediatría**

**Docente: Dr. Luis Mauricio Jiménez Ortega**

**Alumno: José Alfredo Sánchez Álvarez**

**7° Semestre      Grupo “Único”**

**Comitán de Domínguez**

**30 de Junio del 2020**

	Etiología	Manifestaciones clínicas	Estudios de imagen	Tratamiento
Comunicación interventricular	Fallo en el desarrollo de los componentes del tabique ventricular	Soplo pansistólico pericárdico CIV mediana: circulación pulmonar excesiva Contornos grandes; soplo microsistólico en la punta	CIV grandes; ECG: dilatación e hipertrofia de aurícula y ventrículo izq. Rx: cardiomegalia	Grupo aspirínico, sino qx CIV moderadas a grandes: INOCAR diuréticos ± digoxina
Comunicación interauricular	Fallo en el crecimiento del tabique o adhesión excesiva del tejido	Contornos chicos, palpación de latido ventricular lev. Soplo sistólico de eyección suave (grado I o II) S2 doblado tipo	ECG: DED e hipertrofia del VD Rx: cardiomegalia, dilatación de aurícula derecha y arteria pulmonar prominente	Si después de 3 años de edad persiste, se recurre al cierre
Conducto arterioso persistente	Fallo en el cierre normal del conducto Contorno de 12q. a derecha	Contornos chicos moderados a grandes; insuf. cardíaca, presión de pulso amplia, soplo continuo irradiado a axilas pulmonares y se escucha en parte 12q. de la espalda, Contornos chicos; soplo microsistólico Doblamiento de S2	Contornos chicos moderados a grandes; sibilas completa de la arteria pulmonar y aumento de vasos sangüíneos pulmonares Si a poca hipertensión pulmonar: hipertrofia del VD	CAI moderados a grandes: INOCAR con diuréticos pero al final requiere cierre
Defecto del septo endocárdico	Fallo en la función del tabique con el cierre endocárdico Contorno de 12q. a derecha	Insuf. cardíaca cuando la riq. disminuye a las 6-8 sem. de vida. Desarrollo hipertensión pulmonar, los ruidos varían dependiendo la cantidad de comunicación	Rx: cardiomegalia con dilatación de todas las cavidades y aumento de la vascularidad. ECG: DEI e hipertrofia ventricular combinada y puede mostrar hipertrofia auricular combinada	INOCAR diuréticos ± digoxina. Rx en otros instaurados
Estenosis pulmonar	Fallo en el desarrollo de los 3 valvos de la válvula, insuficiente aposición del tej. infundibular o insuficiente canalización de las arterias pulmonares periféricas Contorno de des. a 12q. auricular	Moderada a grave: disnea con el ejercicio y fatigabilidad fácil braves: crónicas debido al contorno de des. a 12q. auricular, latido en DEI Soplo sistólico de eyección en 2º ECG 12q. Frisante, S2 ampliamente doblado, charquido que varía con la respiración	Moderada a grave: DED e hipertrofia ventricular derecha Dilatación poststenótica de la arteria pulmonar principal	Valvuloplastia con globo, si no es satisfactoria o existe estenosis subvalvular (muscular): qx
Estenosis aórtica	Fallo en el desarrollo de los 3 valvos o fallo en aposición del tej. alrededor de la válvula	Grave: fatigabilidad fácil, dolor torácico con el ejercicio y síncope Soplo sistólico de eyección en 2º ECG a lo largo del esternón e irradiado a espaldas Charquido sistólico de eyección, friso S2 de intensidad disminuida.	Moderada a grave: hipertrofia VI en ECG y Rx. En Rx: dilatación poststenótica de la aorta ascendente o cayado de la aorta	Valvuloplastia con globo, si no resulta satisfactorio: qx
Coartación de aorta	Área cercana a la inserción del conducto arterioso no se desarrolla correctamente provocando estrechamiento de la luz aórtica	Valvulas aórticas normales y CIV Tubomas cuando la ampolla aórtica del conducto se cierra, causa alimentación dificultada respiratoria y sibilas, pectorales retrasados y débiles, existe un S3, ruidos mayores molestia pectoral en el ejercicio, sibilas o apneas	Coartación subaórtica: cardiomegalia marcada, cianosis pulmonar, hipertrofia del VD. Ruidos mayores: hipertrofia del VI y aorta ligeramente dilatada	Tratamiento con descompresión cardiaca, presión I.V. de prostaglandina E1 En estado crítico qx