



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

“TAREA: VALVULOPATIAS”

Materia:
CARDIOLOGÍA.

Docente:
Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonso

Alumnos:

- **Alan de Jesús Morales Domínguez**
- **Valente Trujillo Sandoval**
- **Oscar Miguel Sánchez Argüello**
- **Adriana Lizeht Sánchez Morales**

Semestre:
5° “A”
Noviembre /2020

INDICE

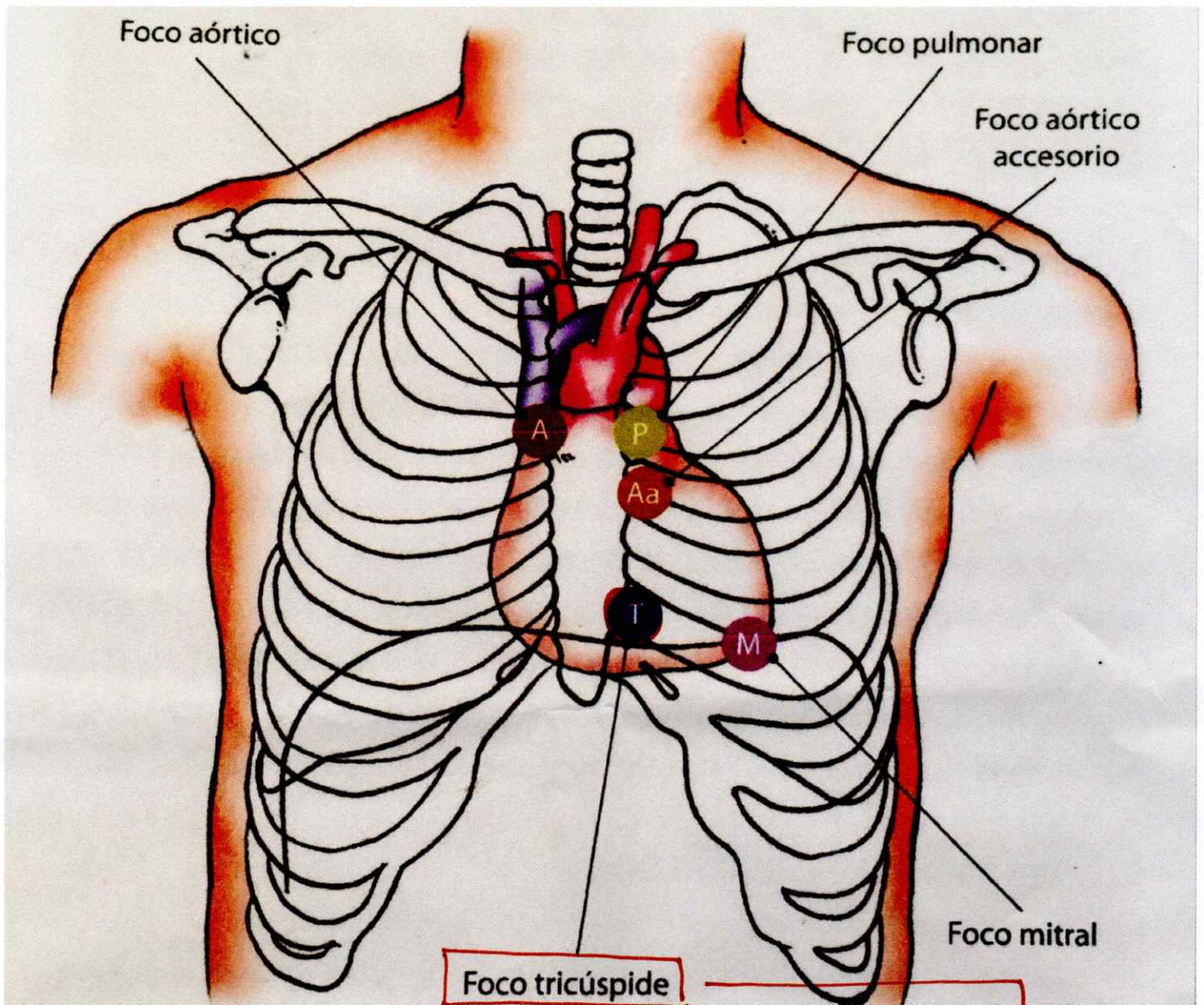
- **Válvula Tricúspide**
 - Insuficiencia Tricuspilea
 - Estenosis Tricuspilea

- **Válvula Pulmonar**
 - Insuficiencia Pulmonar
 - Estenosis Pulmonar

- **Válvula Mitral**
 - Insuficiencia Mitral
 - Estenosis Mitral

- **Válvula Aortica**
 - Insuficiencia Aortica
 - Estenosis Aortica

Insuficiencia tricúspide



◦ **ETIOLOGIA:** suele ser de naturaleza funcional más que de estructural, esto significa que a menudo deriva del crecimiento del ventrículo derecho. Esto por efecto de la sobrecarga de presión o volumen.

◦ **Causa frecuente:** Síndrome carcinóide tipo de tumor neuroendocrino.

◦ **OTRAS CAUSAS:**

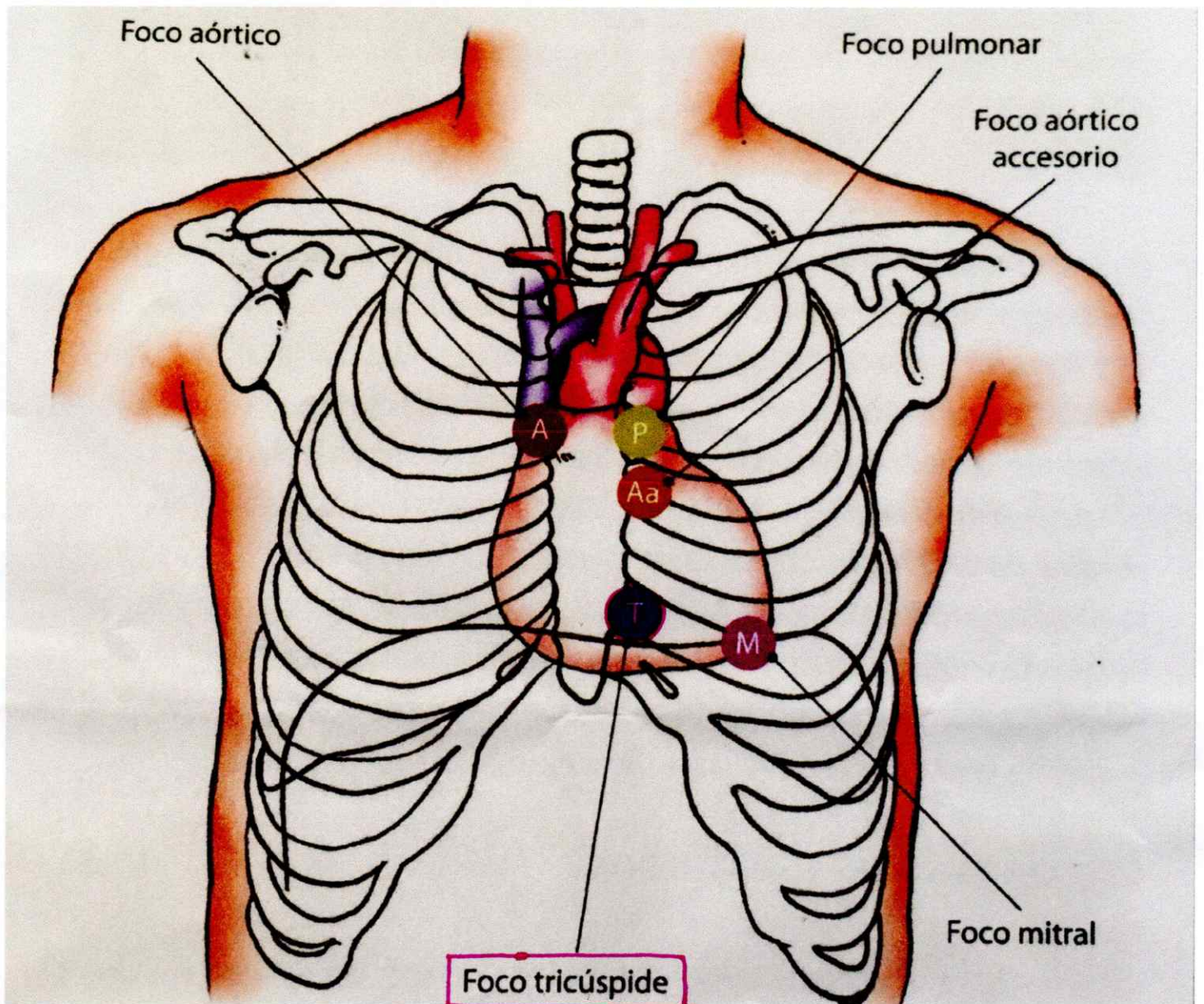
- Fiebre reumática
- IHTP
- Lesión VI

Se escucha sobre el foco tricúspide (5º espacio intercostal línea media clavicular)

◦ **OCARACTERISTICAS:**

- Aumenta con la inspiración
- Sopro holosistólico
- De caract. suave
- Signo de Musset

Estenosis tricúspide



◦ **ETIOLOGIA:** es rara, y suele ser una complicación a largo plazo de la **fiebre reumática**

↳ Se localiza en el 4^{to} espacio intercostal izq en la parte inferior del borde esternal izquierdo.

◦ **CLÍNICA:**

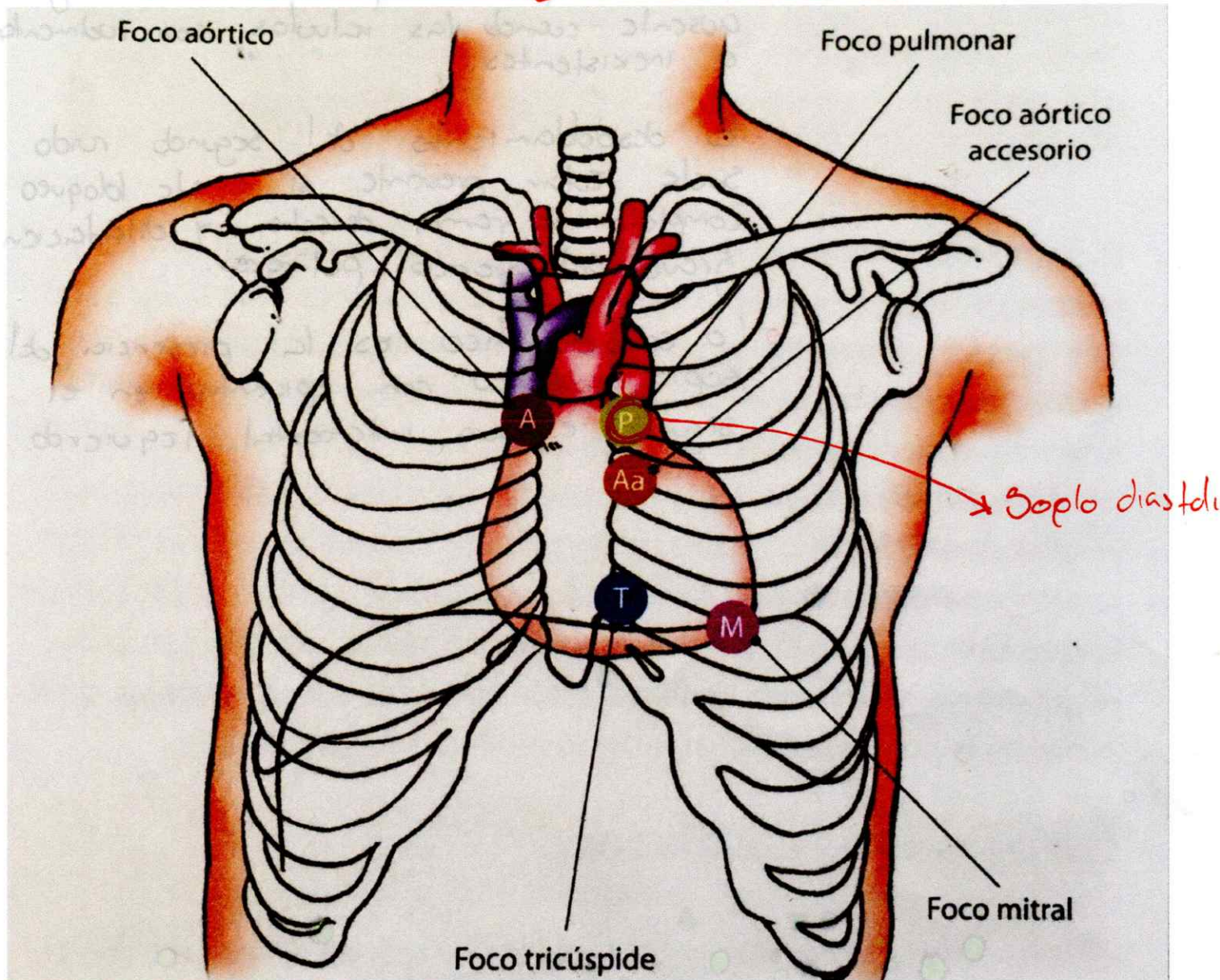
- Distensión abdominal
- Hepatomegalia (por efecto de congestión venosa pasiva)
- Ictericia
- Edema
- Ingurgitación Yugular

↳ El soplo se ausculta durante la cercanía al esternón y se intensifica en la inspiración

◦ **Tratamiento:**

La dilatación percutánea con balón o la corrección quirúrgica (valvuloplastia o reemplazo valvular)

Insuficiencia pulmonar



◦ **ETIOLOGIA:** Condición primaria (Daño directo de la V.P), Condiciones secundarias (Que dilatan al anillo de la válvula Pulmonar) y Otras afecciones infecciosas, reumáticas y/o degenerativas.

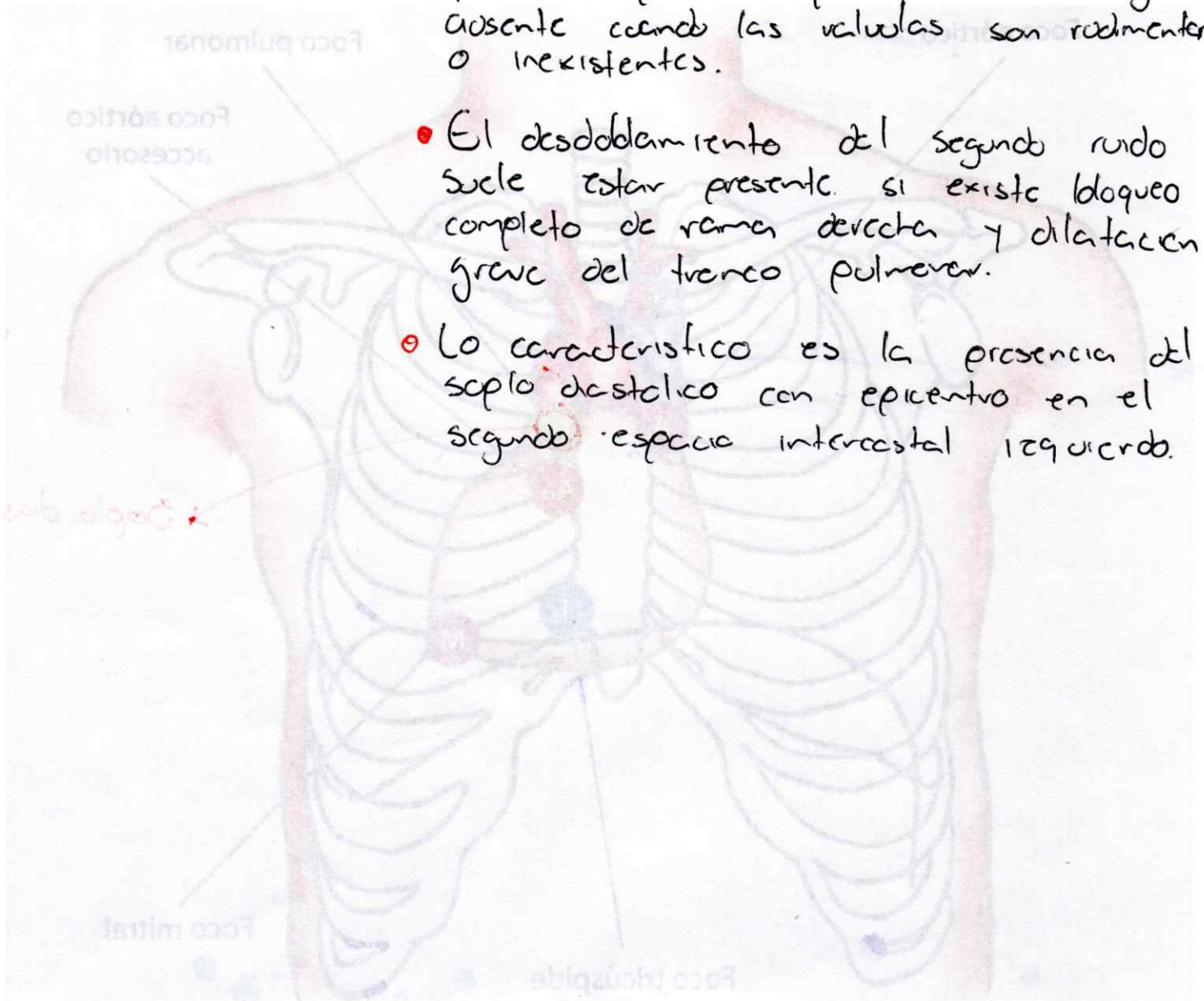
◦ **FISIOPATOLOGIA:** El grado de Insuficiencia pulmonar depende de factores como el área del Orificio regurgitante, las diferencias de presiones, distensibilidad, capacidad y duración de la sístole.

◦ **CLINICA - Presentación:** Pueden ser disnea, incapacidad para el ejercicio, arritmias e hipotensión. Puede presentarse síncope ya sea por mecanismos vasovagales y/o arritmias

- Exploración física: El primer ruido cardíaco es normal y el componente pulmonar del segundo ausente cuando las válvulas son rudimentarias o inexistentes.

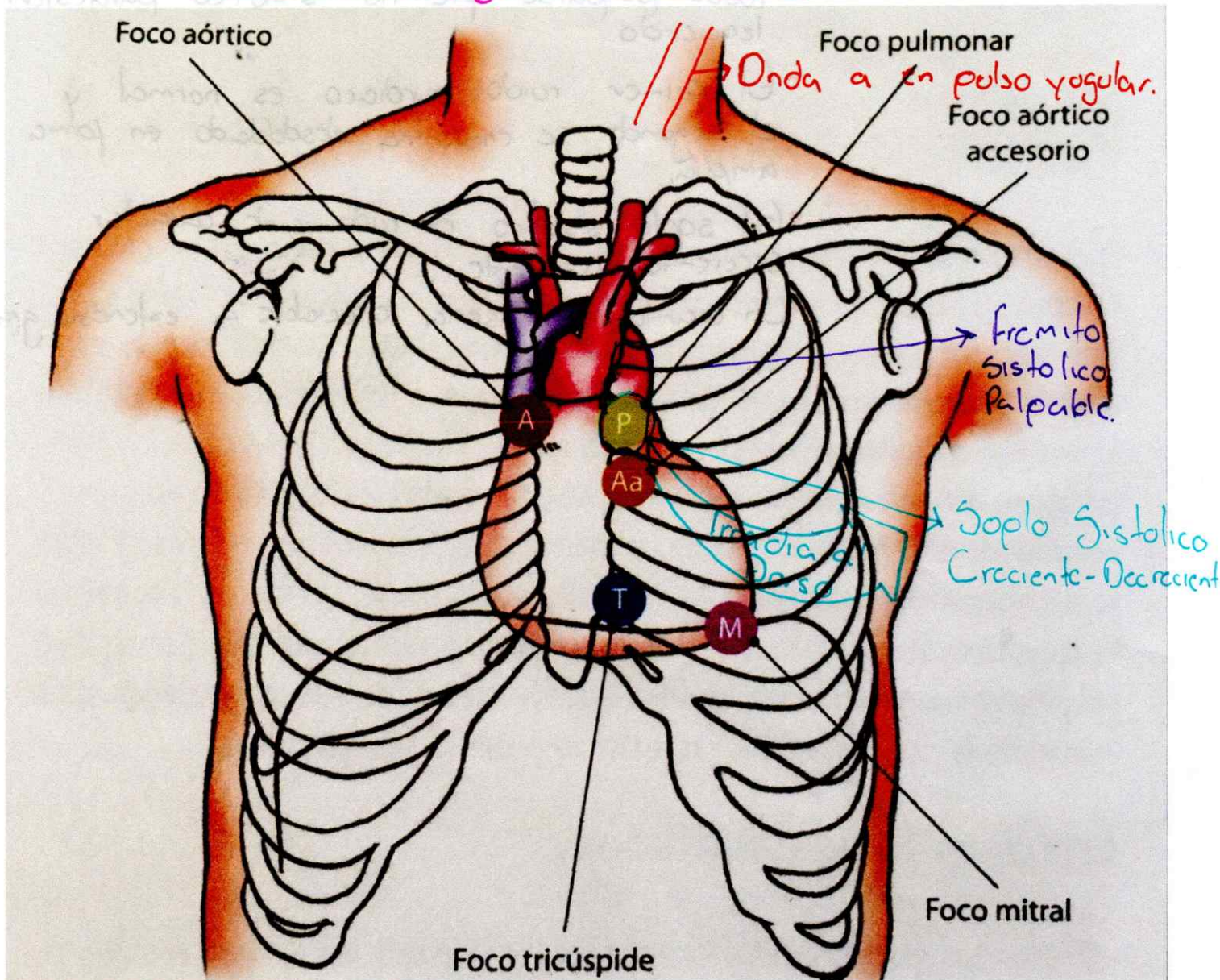
El desdoblamiento del segundo ruido suele estar presente si existe bloqueo completo de rama derecha y dilatación grave del tronco pulmonar.

Lo característico es la presencia del soplo diastólico con epicentro en el segundo espacio intercostal izquierdo.



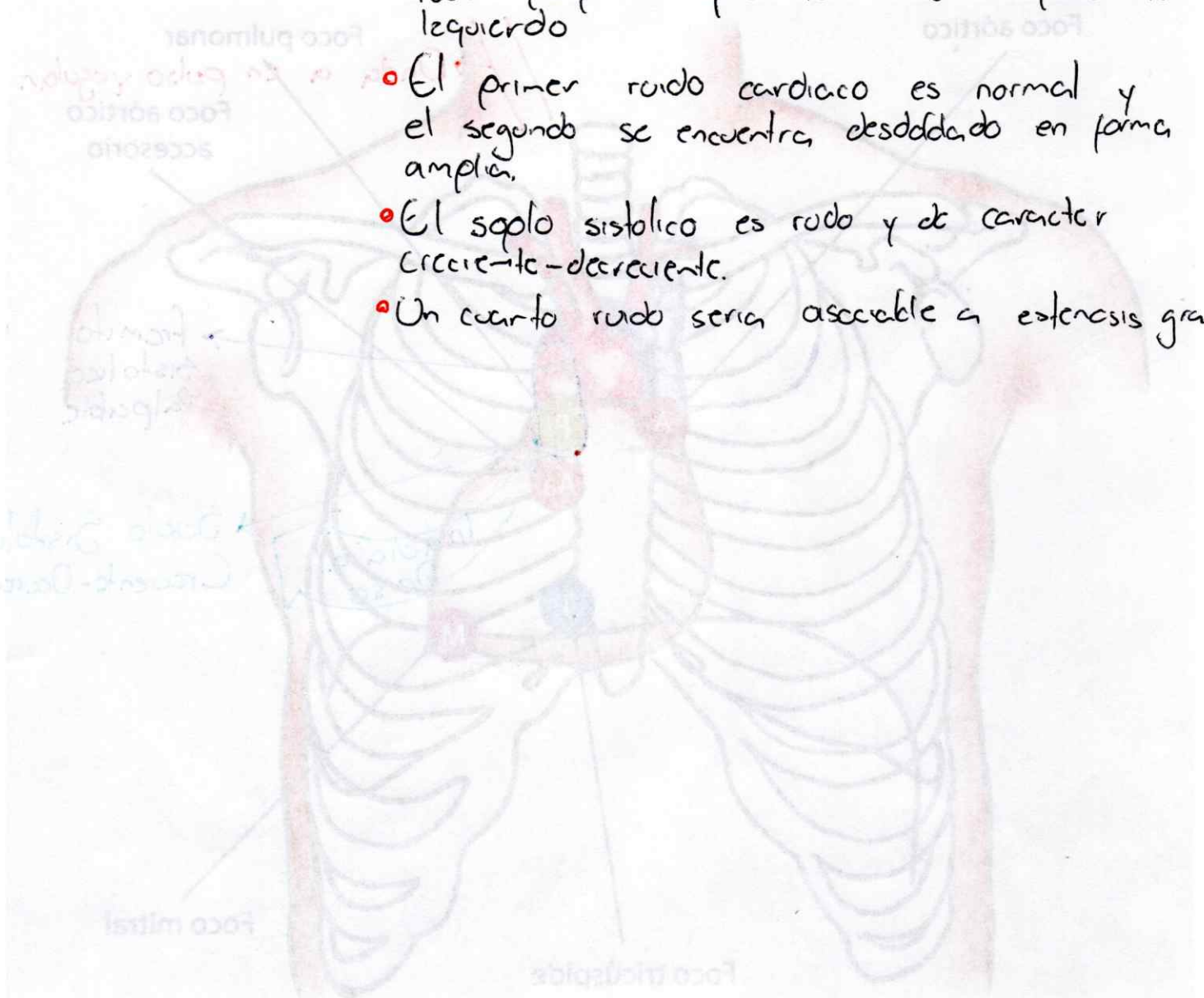
CLÍNICA - Presentación: Puntos de auscultación: focos pulmonar, aórtico y mitral. El soplo diastólico se ausculta en el segundo espacio intercostal izquierdo. Factores como el tamaño del ventrículo izquierdo, la dilatación del tronco pulmonar y la presencia de bloqueo de rama derecha pueden contribuir a la aparición de este soplo. Otros ruidos como ruidos de flujo turbulento y ruidos de flujo turbulento en el tronco pulmonar (que indican el cierre de la válvula pulmonar) y ruidos de flujo turbulento en el tronco pulmonar (que indican el cierre de la válvula pulmonar) también pueden estar presentes.

Estenosis pulmonar



- **ETIOLOGIA:** Esta suele ser congénita y afecta sobre todo a niños. Puede ser valvular o infundibular, forma parte de la tetralogía de Fallot. También puede ser causada por el Síndrome de Noonan.
- **FISIOPATOLOGIA** Provoca un aumento de la presión sistólica del VD. El volumen sistólico del VD se mantiene a expensas de la hipertrofia compensatoria de sus paredes.
- **CLINICA - Presentación** En la etapa neonatal, puede presentarse cianosis. El diagnóstico se sospecha por la presencia de soplo y se confirma por medio del ecocardiograma. Dependerá del grado de obstrucción e hipoplasia.

- Exploración física:**
- Onda "a" prominente en el pulso yugular.
 - Puede palparse fremito sistólico parasternal izquierdo
 - El primer ruido cardiaco es normal y el segundo se encuentra desdoblado en forma amplia.
 - El soplo sistólico es rudo y de caracter creciente-decreciente.
 - Un cuarto ruido seria asociable a estenosis grave



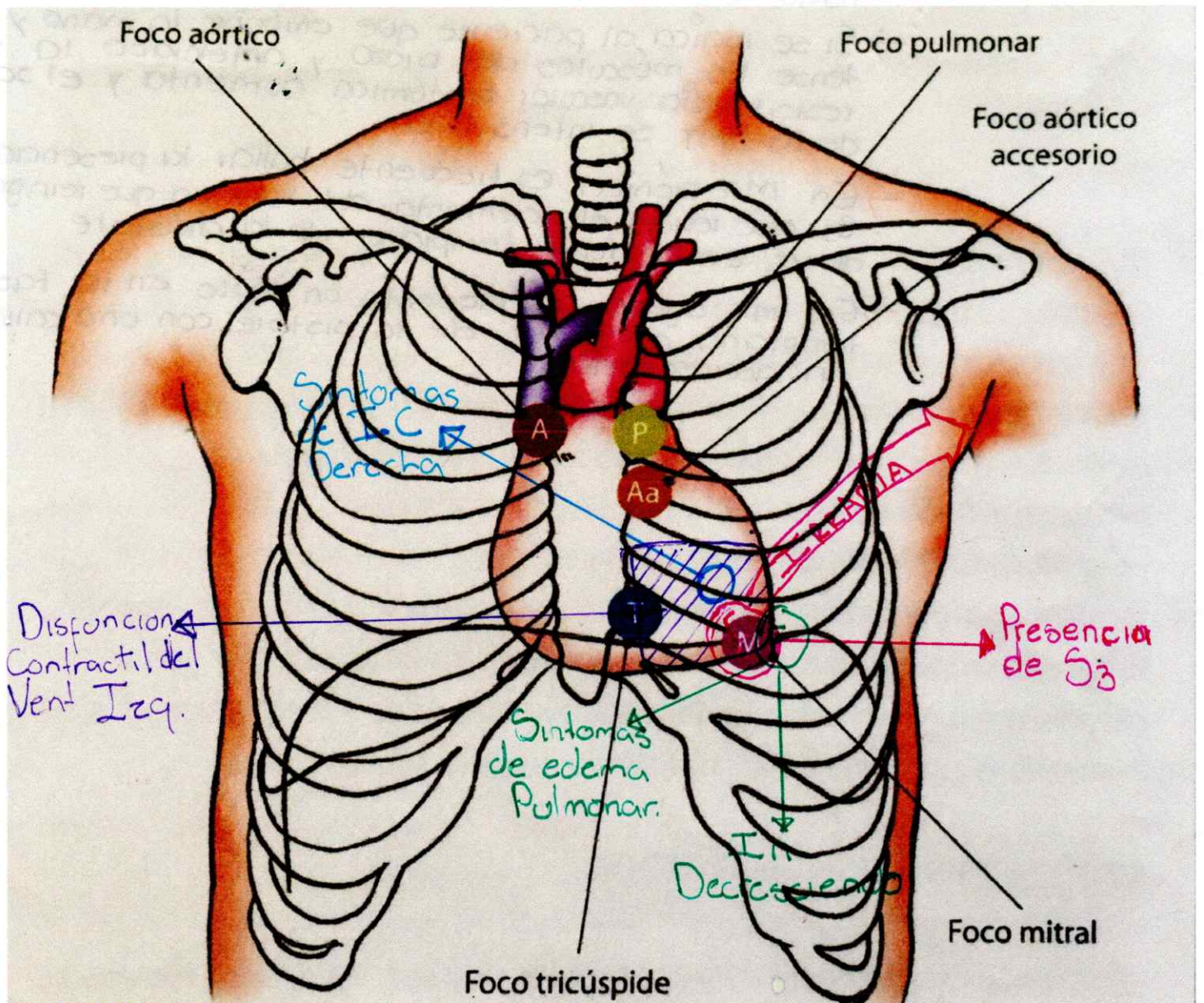
CLÍNICA - Presentación

El primer ruido cardiaco es normal y el segundo se encuentra desdoblado en forma amplia. El soplo sistólico es rudo y de caracter creciente-decreciente. Un cuarto ruido seria asociable a estenosis grave.

ETIOLOGIA: Esta afección es congénita y afecta sobre todo a niños. Puede ser debida a un defecto de la válvula de la aorta. También puede ser causada por el Sr de Leduc.

PROGNOSTICO: Provoca un aumento de la presión sistólica del VD. El primer ruido del VD se mantiene a expensas de la hipertrofia compensatoria de su ventrículo. En la etapa neonatal, puede asociarse a estenosis. El diagnóstico se establece por la presencia de soplo y se confirma por medio del ecocardiograma. Dependiendo del grado de la estenosis se tratan.

Insuficiencia Mitral



ETIOLOGIA: se clasifica como primario (si deriva de defectos estructurales de los componentes valvulares) o secundario (si deriva del crecimiento del ventrículo izquierdo)

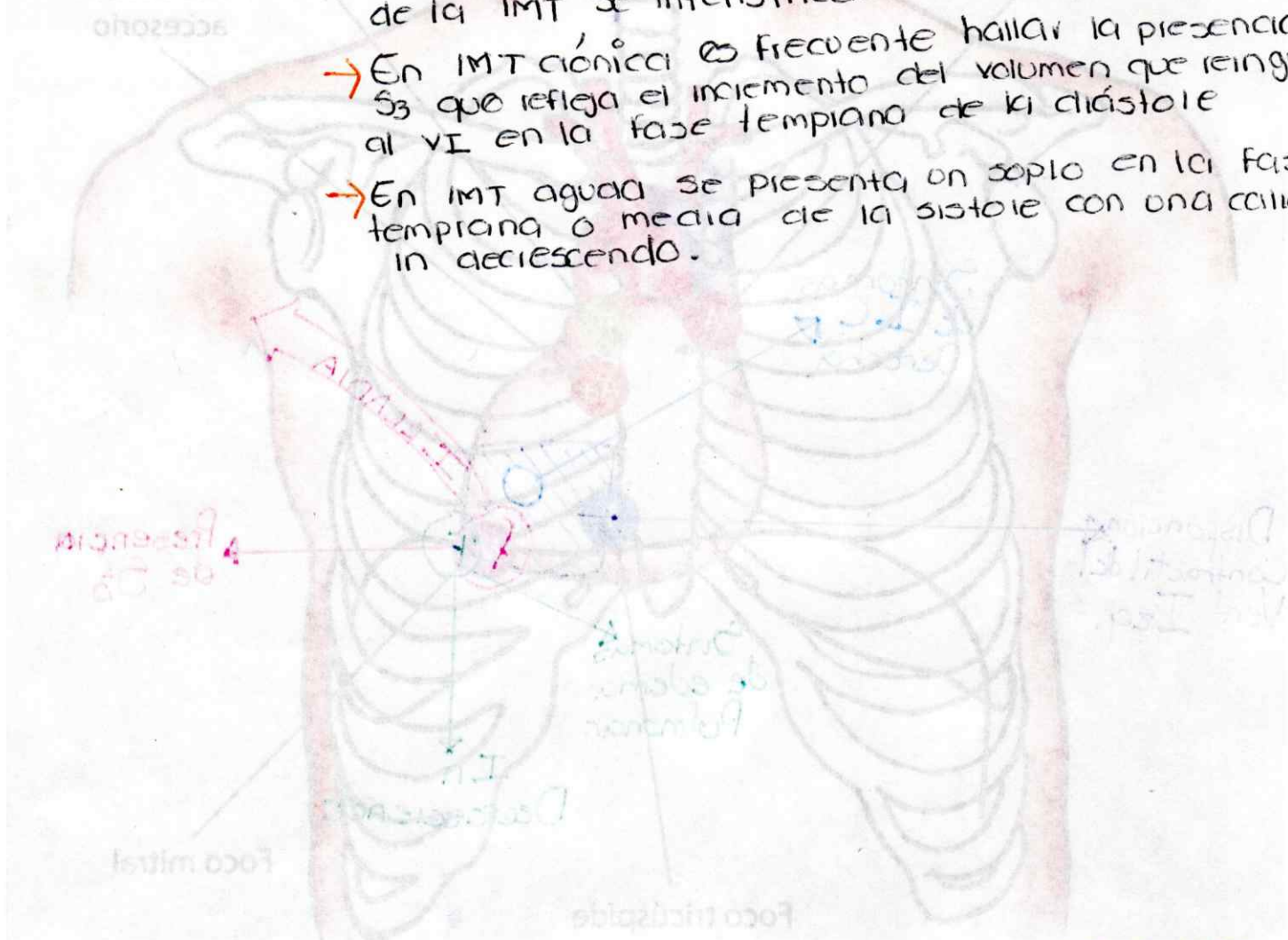
FISIOPATOLOGIA: 1) elevación del vol y presión del atrio izq. 2) disminución del gasto cardíaco anterogrado. 3) Aumento de la tensión relacionado con el volumen en el ventrículo izquierdo

CLINICA: - Presentación → síntomas de edema pulmonar (IMT aguda)
 → Gasto cardíaco bajo durante el ejercicio incluye fatiga y debilidad (IMT crónica)
 → Quiénes desarrollan disfunción contractil del VI refieren disnea, ortopnea y/o disnea paroxística nocturna (Insuf. Mitral Grave)
 → Hasta desarrollar síntomas de insuf cardíaca derecha (IMT grave crónica)

- * IMT crónica
- * IMT aguda
- * IMT grave
- * IMT grave crónica

- Expiración física:

- Soplo pansistolico (holosistolico apical) que irradia hacia la axila, debido a la aortación del VI.
- Si se indica al paciente que empuñe la mano y tense los músculos del brazo y antebrazo la resistencia vascular sistémica aumenta y el soplo de la IMT se intensifica.
- En IMT aórtica es frecuente hallar la presencia de S3 que refleja el incremento del volumen que reingresa al VI en la fase temprana de la diástole
- En IMT aguda se presenta un soplo en la fase temprana o media de la sístole con una calidad in deccrescendo.

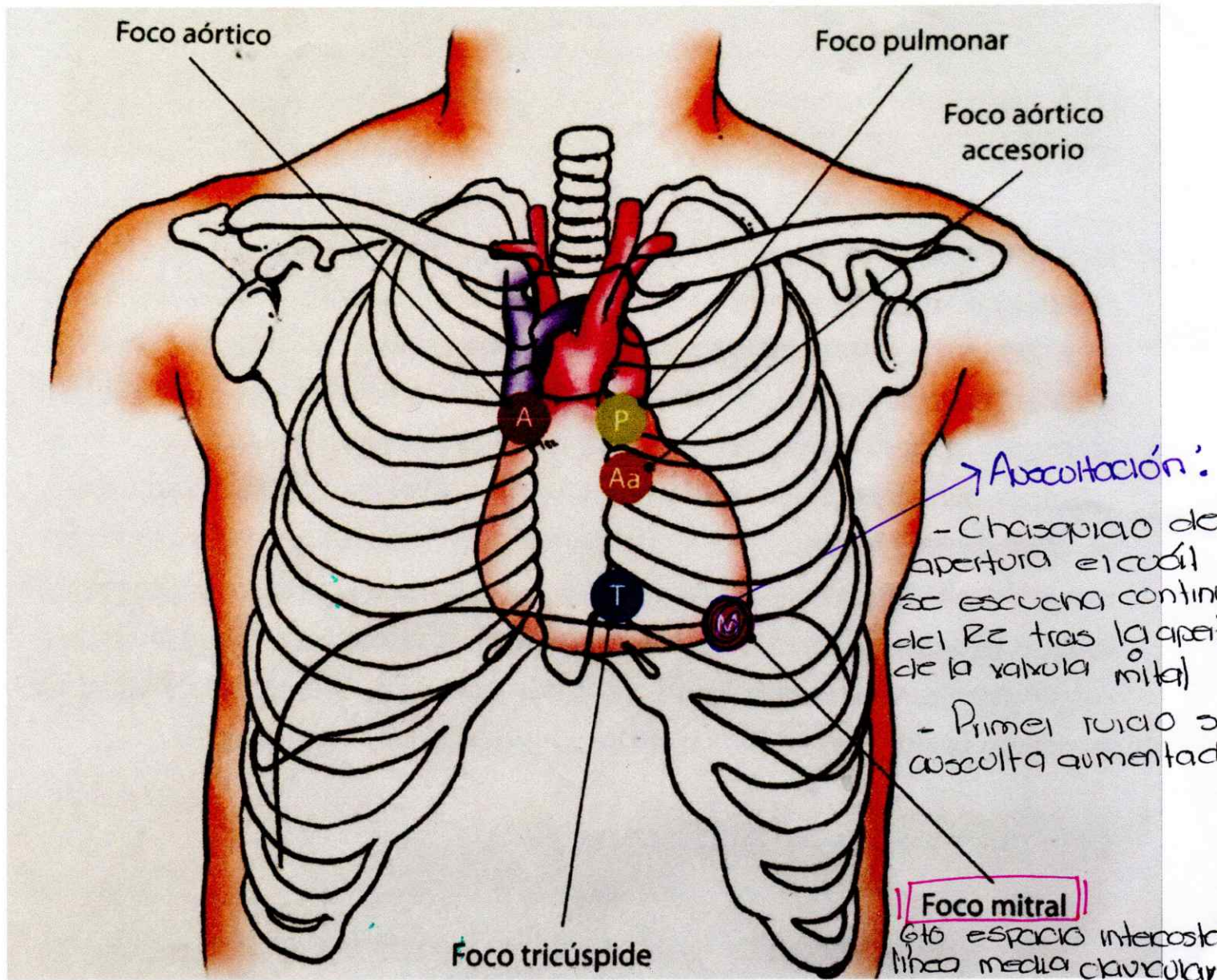


El soplo pansistolico (holosistolico apical) que irradia hacia la axila, debido a la aortación del VI. Si se indica al paciente que empuñe la mano y tense los músculos del brazo y antebrazo la resistencia vascular sistémica aumenta y el soplo de la IMT se intensifica. En IMT aórtica es frecuente hallar la presencia de S3 que refleja el incremento del volumen que reingresa al VI en la fase temprana de la diástole. En IMT aguda se presenta un soplo en la fase temprana o media de la sístole con una calidad in deccrescendo.

Presión arterial (PA) - Presión arterial (PA) es la fuerza que ejerce la sangre al fluir por las arterias. Se mide en milímetros de mercurio (mmHg). La PA normal es de 120/80 mmHg. La hipertensión se define como una PA sostenida superior a 140/90 mmHg. La hipotensión se define como una PA sostenida inferior a 90/60 mmHg.

Presión arterial (PA)	120/80 mmHg
Presión arterial (PA)	140/90 mmHg
Presión arterial (PA)	90/60 mmHg

Estenosis Mitral



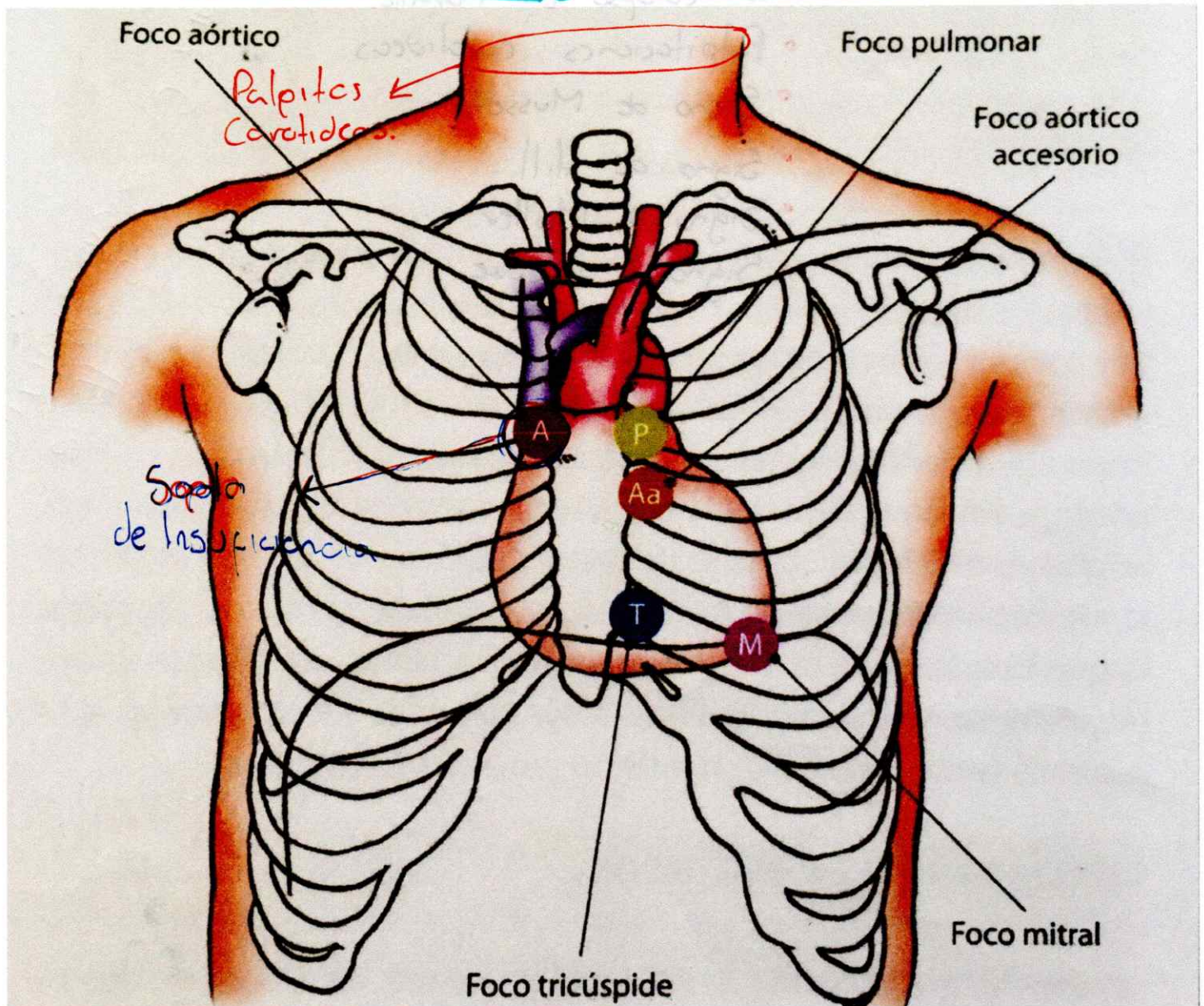
ETIOLOGIA: Mayor índice secundario a agresión reumática de la válvula y el aparato valvular que produce fibrosis, engrosamiento, calcificación y fusión de las comisuras y cuerdas tendinosas.

FISIOPATOLOGIA: Consecuencia de la reducción del orificio mitral se produce una hipertensión atrial izquierda al intentar mantener el flujo. Esto conduce a una dilatación.

CAUSAS:

- Trombos valvulares
- Lesiones congénitas
- De origen reumático
- Tumores
- Afecciones degenerativas y calcificaciones

Insuficiencia aórtica

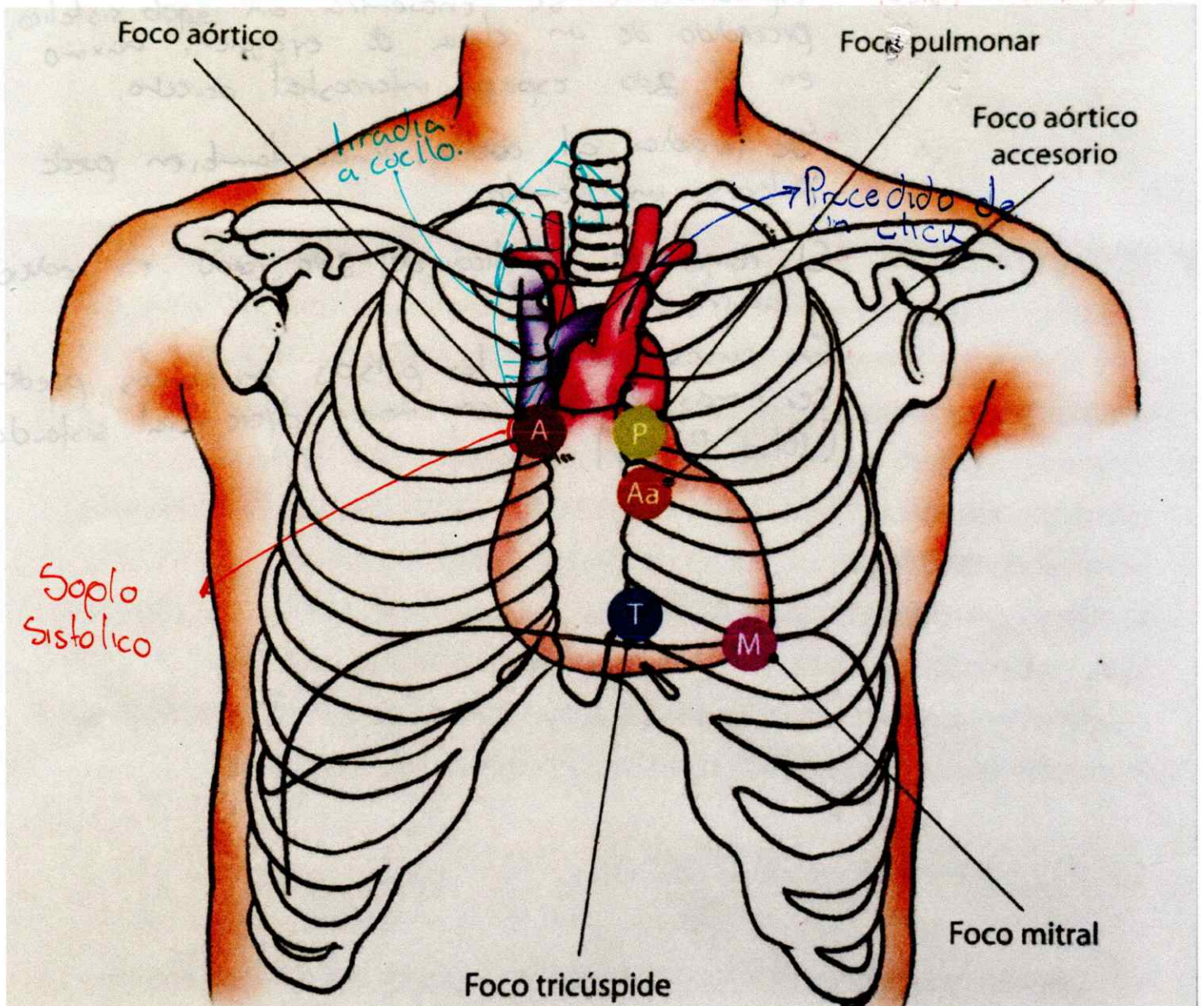


◦ **ETIOLOGIA:** Alteraciones del aparato valvular crónicas (Alteración valvular progresiva ó Agudas (Perforación o laceración valvular rápida); Enfermedades de la raíz Aórticas crónicas (Dilatación de la raíz) ó Agudas (Secundarias a disección de la raíz aórtica que ocasiona dilatación).

◦ **FISIOPATOLOGIA:** Sobrecarga del volumen del ventrículo Izq, depende del área del orificio regurgitante, las gradientes de presiones (Sist/Diast) y la duración de la diástole.

◦ **CLINICA - Presentación.** 1) IA crónica: Los síntomas pueden aparecer en la 4^a o 5^a década, disnea de esfuerzo, progresa a Disnea paroxística nocturna hasta edema agudo de pulmón.
2) IA Aguda: Disnea, Hipotensión, Edema pulmonar y Coleso C.

Estenosis aórtica

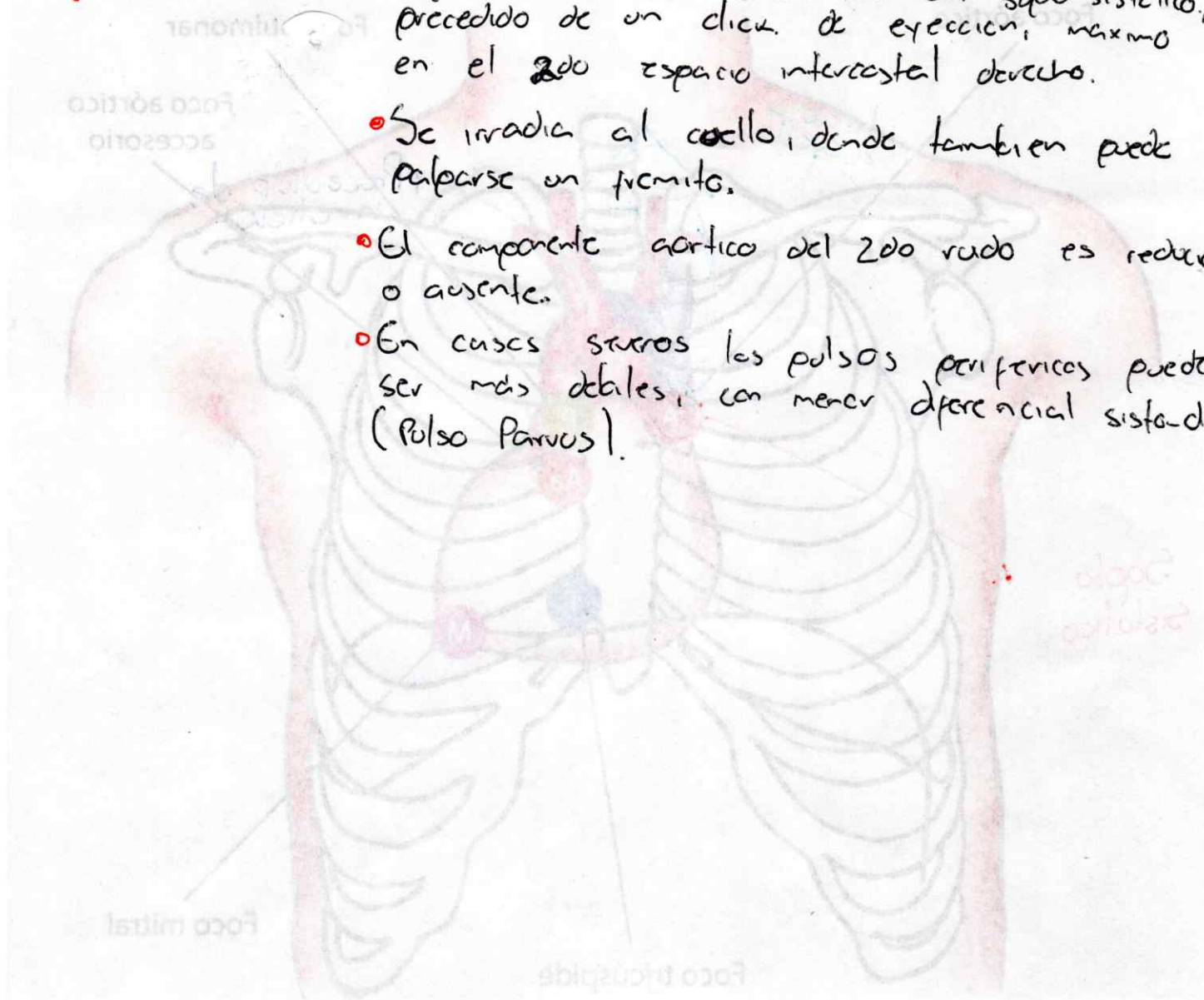


- **ETIOLOGIA:** La más Común de las valvulopatías (90%) puede ser congénita (Manifestada en la infancia), Por fiebre reumática (25%), Degenerativa (50%, Por calcificación) ó supravalvular (Poco común, 1%).
- **FISIOPATOLOGIA:** Se requiere al menos algún grado de lesión endotelial para generar cambios histopatológicos que lleven a la fibrosis, fusión comisural, y calcificaciones.
- **CLINICA - Presentación** En adultos con cardiopatías, la presentación será asociada a esta. El resto será derivado del grado de obstrucción. Podrían presentarse marcos, dolor precordial e inclusive síncope.

Catenois eizozica

Exploracion fisica

- Típicamente se encuentra un soplo sistólico, precedido de un clico de eyeccion, maximo en el 2do espacio intercostal derecho.
- Se irradia al cuello, donde tambien puede palparse un fremito.
- El componente aortico del 2do rudo es reducido o ausente.
- En casos severos los pulsos perifericos pueden ser más debiles, con menor diferencial sista-dast. (Pulso Parvus).



CLICA - AICIA

FOTOLOGIA: Se reduce el ruido al pasar al tercer espacio intercostal para generar ruidos subcardiacos que levan a la fibrilacion auricular y coarctacion.

FOTOGRAFIA: La foto muestra la localizacion (AIC) que se encuentra en la base del tercer espacio intercostal.