

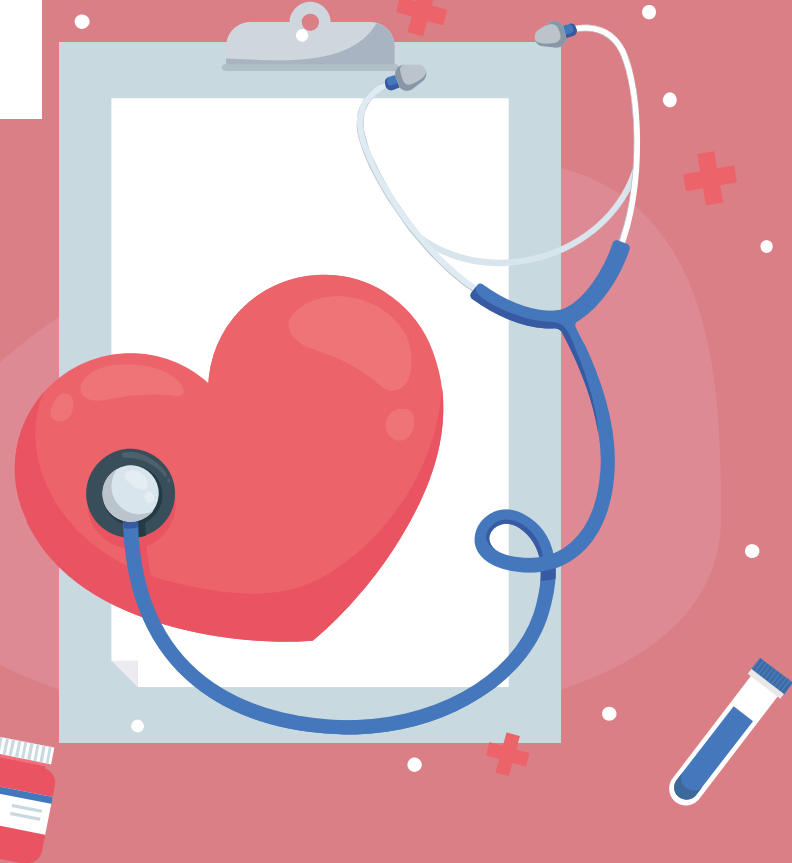
CARDIOVASCULAR VALVULOPATIAS

DOCENTE: Dr. Marco Polo Rodríguez
Alfonzo

ALUMNO: Jesus Alberto Perez Dominguez
MATERIA: Cardiología

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 5 "A"



TIPOS DE VALVULOPATIAS

1

INTRODUCCIÓN

2

VALVULPATÍA
MITRAL

3

VALVULPATÍA
AÓRTICA

4

VALVULPATÍA
TRICÚSPIDEA

5

VALVULPATÍA
PULMONAR

6

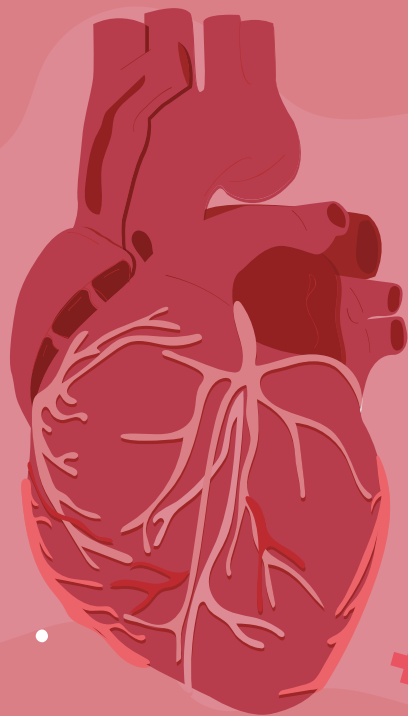
CONCLUSIÓN



01

INTRODUCCIÓN





Introduccion

La enfermedad valvular ha presentado un cambio epidemiológico en los últimos años. La incidencia de la valvulopatía causada por secuelas de fiebre reumática ha disminuido y en su lugar han aparecido las enfermedades valvulares de origen degenerativo.

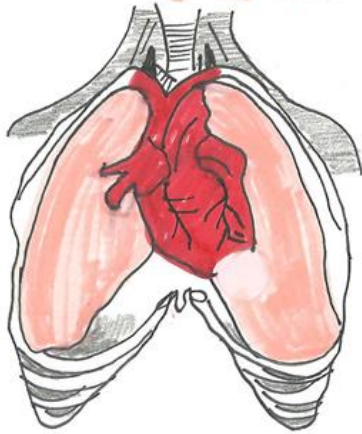
02

VALVULPATÍA MITRAL

ESTENOSIS MITRAL
INSUFICIENCIA MITRAL



ESTENOSIS MITRAL



ETIOLOGÍA

De origen reumático, más frecuente en mujeres.

SITIO Y TRANSMISIÓN

Soplo diastólico en foco mitral, decreciendo, soplo holodiastólico. Situados en el vértice o junto a el retumbo diastólico se percibe mejor en decúbito lateral izquierdo. Puede intensificarse si se le pide al paciente que haga sentadillas.

TONO

Sonido de bajo umbral, sangre chocando y volviendo al ventrículo. Después del llenado parcial soplo sordo de baja intensidad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Insuficiencia cardíaca izquierda: disnea de esfuerzo, progresiva.
Insuficiencia cardíaca derecha: en estadios avanzados que han desarrollado hipertensión pulmonar.
Fibrilación auricular: muy frecuente. Gran riesgo emboligéno. Factor precipitante de insuficiencia cardíaca:
Tos seca · cansancio · Hepatomegalia
Palpitaciones · Edema · Hemoptisis.

PALPACIÓN

- Latido paraesternal izquierdo bajo.
- Apéx frémito diastólico.
- Choque de cierre de v.M palpable con SI mitral.

INSPECCIÓN

- Flush malar facial.
- Cianosis periférica

PERCUSIÓN

- Matidez.

AUSCULTACIÓN

- Ritmo de Duroziez

MANIOBRAS DE AUSCULTACIÓN

- Manobra de Harvey
- Manobra de Rivero Carralho.
- Manobra de Valsalva.

DIAGNÓSTICO

ECG: frecuente FA. Crecimiento de AI (P ancha y mellada en II.) Crecimiento VD (SI HTP). Rx tórax: Crecimiento AL (doble contorno, levantamiento del bronquio principal izquierdo.)

TRATAMIENTO

- Anticoagulación
- Betabloqueantes
- Valvuloplastia - Cirugía.

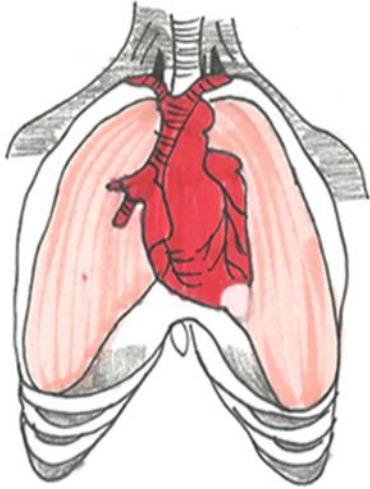
BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

INSUFICIENCIA MITRAL



SITIO Y TRANSMISIÓN

Soplo sistólico en foco mitral irradiado a axila.

ETIOLOGÍA

Mixomatosa, reumática, isquémica, dilatación de ventrículo izquierdo, endocarditis.

TONO

Tono anormal en sístole, flujo retrogrado de la auncula. Soplo silbante.

DIAGNÓSTICO

- ECG: crecimiento de VI y de AI.
- Fibrilación auricular frecuente.
- Rx de tórax: cardiomegalia.

TRATAMIENTO

- Especialmente indicados vasodilatadores IECA's.
- Cirugía en insuficiencia mitral severa si: 0 síntomas, O FE < 60%, dilatación VI (diámetro telesistólico > 45 mm)

PALPACIÓN

Palpación de AP.

AUSCULTACIÓN

El primer ruido (S1) puede ser suave (o a veces intenso). El hallazgo de un tercer ruido cardíaco (S3) en la punta del corazón refleja la dilatación del ventrículo izquierdo e implica que la insuficiencia mitral es grave.

INSPECCIÓN

Latido torácico diagonal, y en caso de dilatación del ventrículo derecho, en latido sagital.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Disnea de esfuerzo
- Astenia
- Fibrilación auricular frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

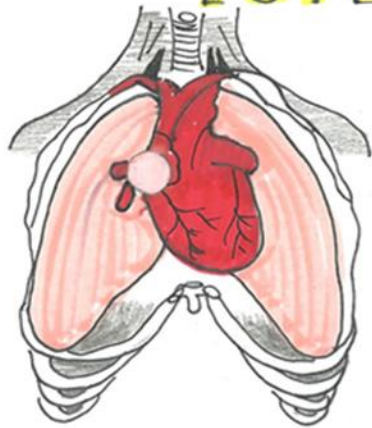
03

VALVULPATÍA AÓRTICA

ESTENOSIS AÓRTICA
INSUFICIENCIA AÓRTICA



ESTENOSIS AORTICA



ETIOLOGÍA

Fiebre reumática congénita,
esclerosis pulmonar.

SITIO Y TRANSMISIÓN

2do espacio intercostal paraesternal
propagación a cuello, pericardio,
y punta.
Disminuye su intensidad en este
caso.

CARACTERÍSTICAS

- Sopló sistólico, ruido en foco aórtico.
- Si es severa: 2° ruido abolido.
- Pulso carotideo débil (de poca amplitud) y retrasado (pulso parvus tardus).

DIAGNÓSTICO

ECG: hipertrofia ventricular +/-
anómalas en la repolarización
(sobre carga sistólica).

Rx de tórax: no cardiomegalia
(o ligera), puede que datos de
insuficiencia cardíaca.

PALPACIÓN

- Pulso carotideo: ascenso lento y amplitud disminuida.
- Choque apical intenso y sostenido.
- Frémico sistólico en foco aórtico y carotideas.

AUSCULTACIÓN

- Clic postsistólico en el ápex.
- Sopló sistólico decreciendo rdo.
- 1R en el ápex.
- R2 desdoblado.

TONO

Tono sistólico, sonido duro
a varios metros del paciente.
Vibración intensa.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Asintomática
 - Síntomas de esfuerzo
- Angina, mareo/síncope y disnea (insuficiencia cardíaca)
 - Síntomas en reposo
- Presencia de factores "descompensadores".
- Fases avanzadas de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Precaución con los diuréticos
y los vasodilatadores
(pueden disminuir bruscamente
el gasto cardíaco).

• En el paciente con estenosis
aórtica severa sintomática:
cirugía.

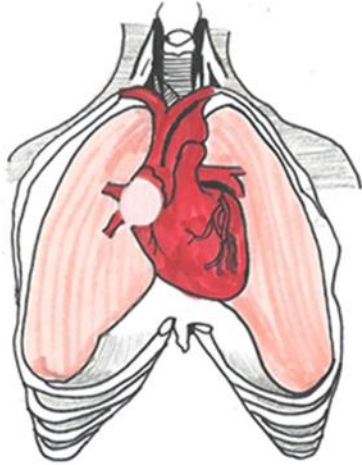
BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

INSUFICIENCIA AÓRTICA



DIAGNÓSTICO

- Radiografía: ventriculomegalia izquierda moderada o intensa. A menudo hay dilatación de la base de la aorta.
- ECG: hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Ecocardiografía bidimensional: válvula aórtica anormal o dilatación de la base de la aorta.

SITIO Y TRANSMISIÓN

Diastólico: más intenso en el borde esternal izquierdo, en el tercero a cuarto espacios intercostales. Se percibe en el foco aórtico del vértice y foco de Erb.

Se percibe en el foco aórtico del vértice.

Puede acompañarse de soplo mesodiastólico de tono bajo en el vértice (Austin Flint) por la estenosis mitral funcional.

TONO

- AR (trónica): Tono alto, soplante, decreciente diastólico, y se percibe en el tercer espacio intercostal al borde esternal izquierdo.
- AR poco intenso: Soplante, a menudo débil. Se agrava es holodiastólico.
- Segundo soplo: soplo de vaivén soplante los tonos cardíacos.

TRATAMIENTO

Reemplazo válvula:

- LVEF anómalo < 50%
- LVEF normal, pero LVEDD > 50 mm
- R moderada y otra cirugía cardíaca
- LVEF normal, pero LVED > 65 mm

PALPACIÓN

Impulso apical potente y desplazado notablemente a la izquierda y hacia abajo.
Pulsos carotídeos intensos. Pulsos de incremento y colapso rápido (Pulso de Corrigan).

CARACTERÍSTICAS

Presencia de arrullos o soplos diastólicos musicales indica eversión de una válvula aórtica.
Soplante, a menudo débil.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Pulso de Corrigan o martillo de agua.
- Pulsos de Quinke
- Pulso de Cole Ceilil.
- Pulso de Quincke
- Pulso de Bisierens
- Signo de Duroziez
- Signo de Hill
- Choque de cúpula de Bord.
- Signo de Becker.
- Signo de Muller.
- Soplo de Austin Flint.
- Signo de pistolazo
- Soplo de Vaivén

BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

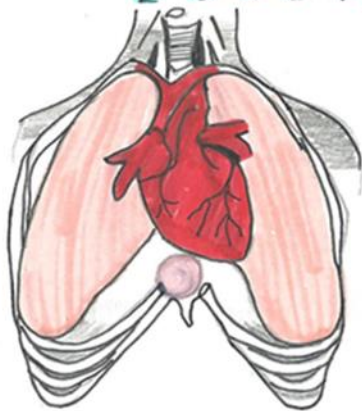
04

VALVULPATÍA TRICISPÍDEA

ESTENOSIS TRICUSPÍDEA
INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA



ESTENOSIS TRICUSPÍDEA



SITIO Y TRANSMISIÓN

Del tercer al quinto espacios intercostales en el borde esternal izquierdo, hasta el vértice. El soplo se intensifica con la inspiración.

CARACTERÍSTICAS

Igual a la estenosis mitral:

- Tono bajo
- Retumbante
- Soplo presistólico se fusiona con el intenso.
- Chasquido de apertura tricuspídea.

DIAGNÓSTICO

Radiografía: Auriculomegalia derecha con prominencia de ves y sombra de ázigos.

EKG: Ondas P altas, acuminadas.
Posible hipertrofia de ventrículo derecho.
Ecoardiografía bidimensional: engrosamiento de la válvula tricuspídea, disminución de la pendiente inicial del llenado diastólico de la válvula tricuspídea.

TRATAMIENTO

- La valvulopatía quirúrgica y la percutánea.
- Reemplazo de la válvula.
- Válvulas bio protéticas.
- Valvuloplastia abierta.

PALPACIÓN

Hígado pulsátil y agrandado en la sístole ventricular.

INSPECCIÓN

Onda a gigante en el pulso yugular, con ritmo sinusal. Edema o ascitis periférica o ambas.

TONO

Soplo en forma de tambor, in-crescendo in-decrescendo, pero con crescendo breve y decreciendo largo.

- Se oye percutáneamente como un soplo de comienzo brusco que continua luego in-decresciendo.

NOTA.

El típico retumbo diastólico en la mitad inferior del borde esternal izquierdo recuerda la estenosis mitral, aunque la estenosis tricuspídea de este retumbo se intensifica con la inspiración.

AUSCULTACIÓN

- Soplo diastólico
- Aumento en inspiración.

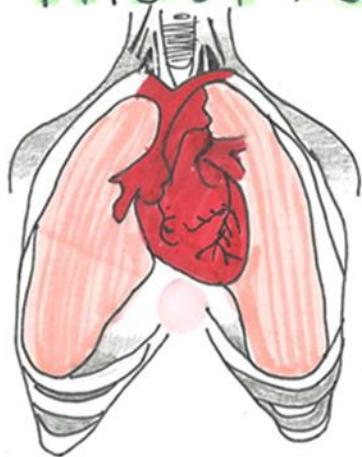
BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA



SITIO Y TRANSMISIÓN

Tercero a quinto espacios intercostales en el borde esternal izquierdo. El soplo es difícil de percibir. Se intensifica con la inspiración. Las sentadillas pueden incrementar el gasto cardíaco e intensificar el soplo. Se extiende hasta la línea amar media.

CARACTERÍSTICAS

Soplante y grueso.

DIAGNÓSTICO

- Radiografía: Aneurismología y ventriculomegalia derechos.
- EKG: eje hacia la derecha.
- Ecocardiografía bidimensional: ventriculomegalia derecha con movimiento paradójico de la comunicación.

TRATAMIENTO

- Diuréticos: trastornos graves y signos de insuficiencia cardíaca derecha.
- Cirugía de la válvula tricúspide.
- Cirugía de reparación y no reemplazo.
- Anuloplastia de De Vega.

PALPACIÓN

Pulsación ventricular derecha.
Pulsación sistólica del hígado.

INSPECCIÓN

Gran onda c-v en el pulso yugular, coincide con pulsaciones carotídeas. Edemas, ascitis periféricas o ambas.

AUSCULTACIÓN

Soplo holosistólico soplante se intensifica durante la inspiración (signo de carallo) y disminuye durante la espiración.

NOTA

- El soplo de la insuficiencia tricúspide a veces se confunde con el de insuficiencia mitral, salvo que se presente la variación del ciclo respiratorio y se identifique una ventriculomegalia derecha.
- Fibrilación auricular (fase crónica).

BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

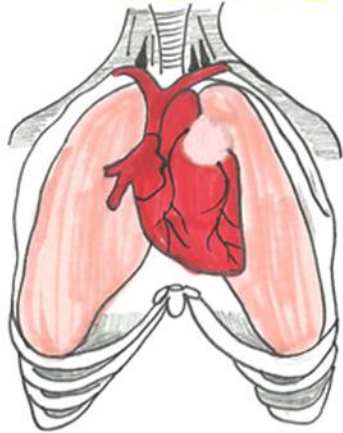
05

VALVULPATÍA PULMONAR

ESTENOSIS PULMONAR
INSUFICIENCIA PULMONAR



ESTENOSIS PULMONAR



SITIO Y TRANSMISIÓN

Trill sistólico intenso localizado en el 1° y 3° espacio intercostales izquierdos y que puede propagarse hacia arriba. El soplo irradia al hombro izquierdo a causa de las características del flujo y se intensifica con la inspiración.

CARACTERÍSTICAS

Soplo sistólico áspero intenso y a veces un frémito notable.

DIAGNÓSTICO

- Radiografía: dilatación postestenótica de la arteria pulmonar en la proyección anteroposterior y agrandamiento de ventrículo derecho en la proyección lateral.
- EKG: eje hacia la derecha, RMV dilatación de la aurícula derecha.
- Ecocardiografía/ Doppler < 60 mmHg:
 - Estenosis es moderada: 30 mmHg y 60 mmHg.

PALPACIÓN

A menudo se palpa "choque de punta" parasternal ascendente por hipertrofia del ventrículo derecho y se puede palpar el trayecto del infundíbulo de la pulmonar si se agrandó.

AUSCULTACIÓN

El soplo de la estenosis pulmonar leve o moderado es meso-sistólico, crescendo-decreciendo. Se percibe el 2° espacio intercostal y se escucha un chasquido (ruido de expulsión).

NOTA

El único fenómeno auscultatorio de la meud derecha del corazón que disminuye con la inspiración, porque el desplazamiento valvular en la sístole es menor con la inspiración que con la espiración.

TRATAMIENTO

Valvuloplastia percutanea axando:

- El gradiente pico > 64 mmHg (independientemente de los síntomas) si la FE del VD es normal.
- Gradiente < 64 mmHg si se acompaña de síntomas o fracaso del v.d.

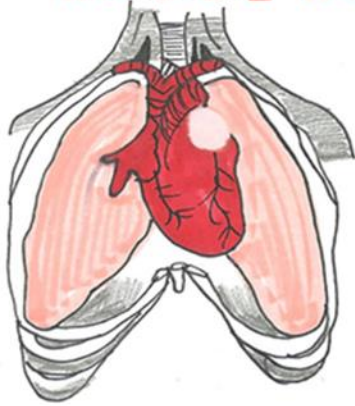
BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20° edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

INSUFICIENCIA PULMONAR



ETIOLOGÍA

Secundaria a HAP.

SITIO Y TRANSMISIÓN

Se traduce por un soplo diastólico discreto sin frémito que a partir del foco pulmonar se propaga a lo largo del borde izquierdo del esternón (soplo de Graham Steeel).

CARACTERÍSTICAS

Soplo diastólico in disrecedendo.
Soplo diastólico discreto.

NOTA.

Si se va por el borde esternal izquierdo: Graham Steeel. Se puede confundir con insuficiencia aórtica. Paciente frío-seco.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Fatiga
- Astenia - Adinamia
- Palpitaciones
- Síncope
- Dolor precordial.

PALPACIÓN

Se puede evidenciar ventrículo derecho hiperdinámico en área para-esternal izquierda, la arteria pulmonar prominente puede ocasionar palpitaciones sistólicas en el 2do. espacio intercostal izquierdo y frémito sistólico como diastólico.

AUSCULTACIÓN

- Desdoblamiento amplio de 2do ruido.
- Chasquido de expulsión sistólico no valvular, debido a la expansión súbita de arteria pulmonar.
- Soplo mesosistólico expansivo en el 2do espacio intercostal izquierdo.
- 3er y 4to ruido que aumenta con la inspiración de origen derecho en el 4to. espacio intercostal.

TRATAMIENTO

- No requiere tratamiento. Se trata la causa.
- Dieta hiposódica, ejercicio y diuréticos.
- O₂: casos graves.

DIAGNÓSTICO.

- Rx tórax: Arterias pulmonares y VD aparecen agrandados.
- ECG: Patrón de sobrecarga diastólica en VD con morfología rSR en derivaciones precordiales derechas.
- Ecocardiografía: dilatación del VD e hipertrofia si se acompaña de HAP.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison, L. F. (2018). Harrison: Principios de Medicina Interna (Vol. 20ª edición). Mexico, DF: McGraw-Hill Interamericana.

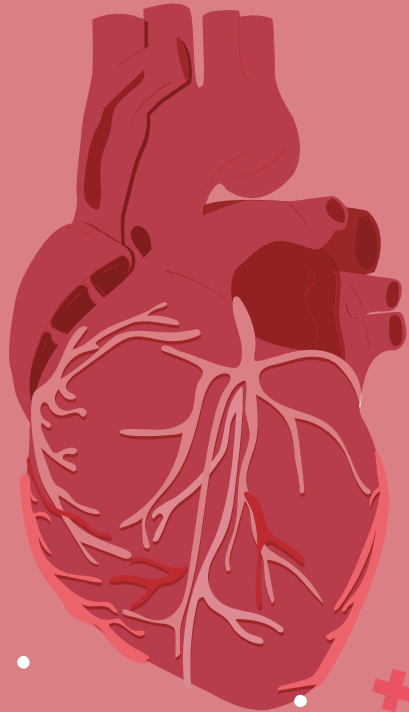
Rosas, E. A. (2017). Exploración cardiovascular: Bases fisiopatológicas. Manual Moderno.

Surós Batlló, A., & Surós Batlló, J. (2001). Semiología médica y técnica exploratoria. 8a. edición, Elsevier Masson, España.

06

CONCLUSIÓN





CONCLUSIÓN

No existe principios que gobiernen el comportamiento de todas las cardiopatías valvulares; su manejo efectivo requiere identificar la anomalía valvular, determinar su intensidad y comprender las consecuencias fisiopatológicas y la historia natural del trastorno.