

**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

ESQUEMAS DE VALVULOPATÍAS.

**Materia:
Cardiología.**

**Docente:
Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonso.**

**Alumnos:
Andres Alonso Cancino Garcia
Alondra Casaux Garcia
Michelle Junuem Maldonado Hernández
Carlos Omar Pineda Gutiérrez**

**Semestre:
5°B**

**Fecha:
14/11/2020**

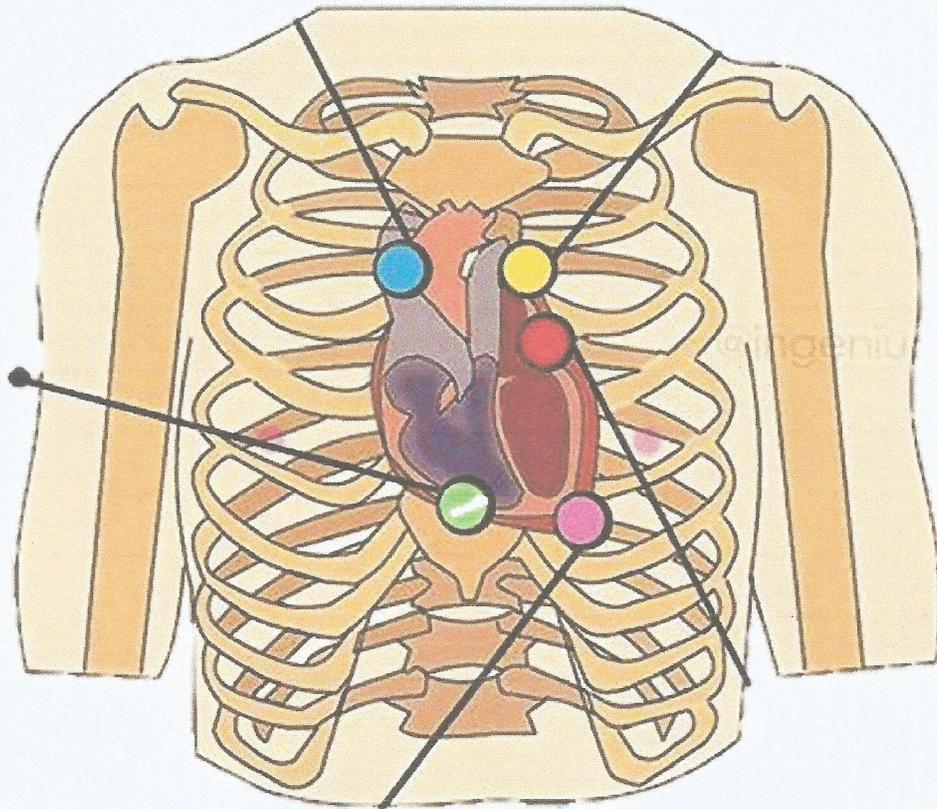


Valvulopatías Izquierdas

Insuficiencia Mitral

Epicentro: Foco mitral, en el ápex cardiaco en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular

Irradiación: La irradiación más común del soplo sistólico de Insuficiencia mitral es hacia la axila, en la insuficiencia mitral aguda el soplo puede ser decrescendo y acompañarse de un cuarto ruido.



Foco mitral

Características:

- El pulso venoso yugular es normal, el pulso carotídeo suele mostrar un ascenso rápido, el latido en punta suele ser amplio como corresponde a una sobrecarga de volumen y se haya desplazado hacia fuera y abajo.
- En la zona parasternal izquierda baja puede palparse la aurícula izq. cuando al final de la sístole alcanza su máxima distensión.

Signos y Síntomas

- disnea
- fatiga
- edema
- ortopnea.

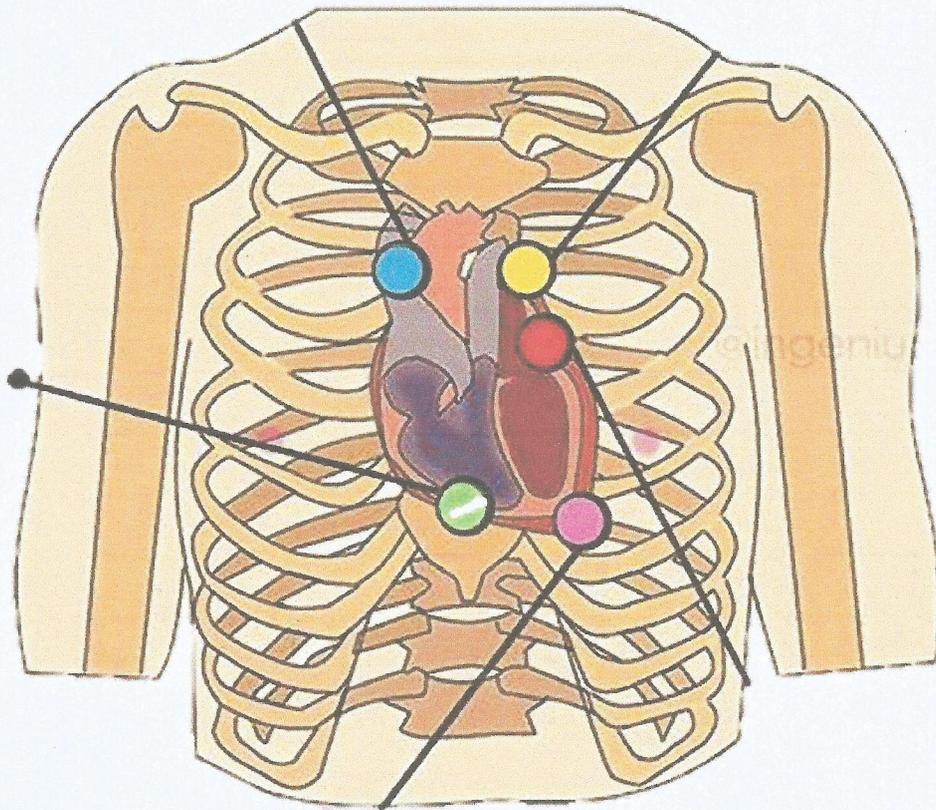
Exploración física

- En el área precordial el ápex suele estar en su sitio normal
 - Puede ser difícilmente palpable por el llenado ventricular izquierdo ↓
 - si la estrechez es importante se palpa un fremito diastólico
- En el borde parasternal izquierdo
 - se palpa un levantamiento sistólico sostenido
- En el segundo espacio intercostal izquierdo
 - choque de cierre pulmonar palpable
- finalmente la auscultación se escucha el típico ritmo de duroziez
 - 1: un primer ruido brillante
 - 2: Una sístole limpia
 - 3: El II ruido duplicado por un chasquido de apertura mitral que es seguido de un retumbo (obstrucción al flujo sanguíneo por la válvula estrecha)
 - 4: Termina con un refuerzo presistólico debido a la contracción auricular.

Estenosis Mitral

Epicentro: Foco mitral

Irradiación: El signo más prominente es el chasquido de apertura protodiastólica que refleja la protusión de las valvas en el VI es más intenso cerca del extremo inferior del borde esternal izquierdo.



Características:

Mitral

- Apariencia facial clásica de la estenosis mitral, caracterizada por el color violáceo de las mejillas

Palpación: En la palpación puede detectarse un primer y segundo ruido palpable. El S₁ se palpa mejor en la punta, mientras que el S₂ se palpa mejor en el extremo superior del borde esternal izquierdo

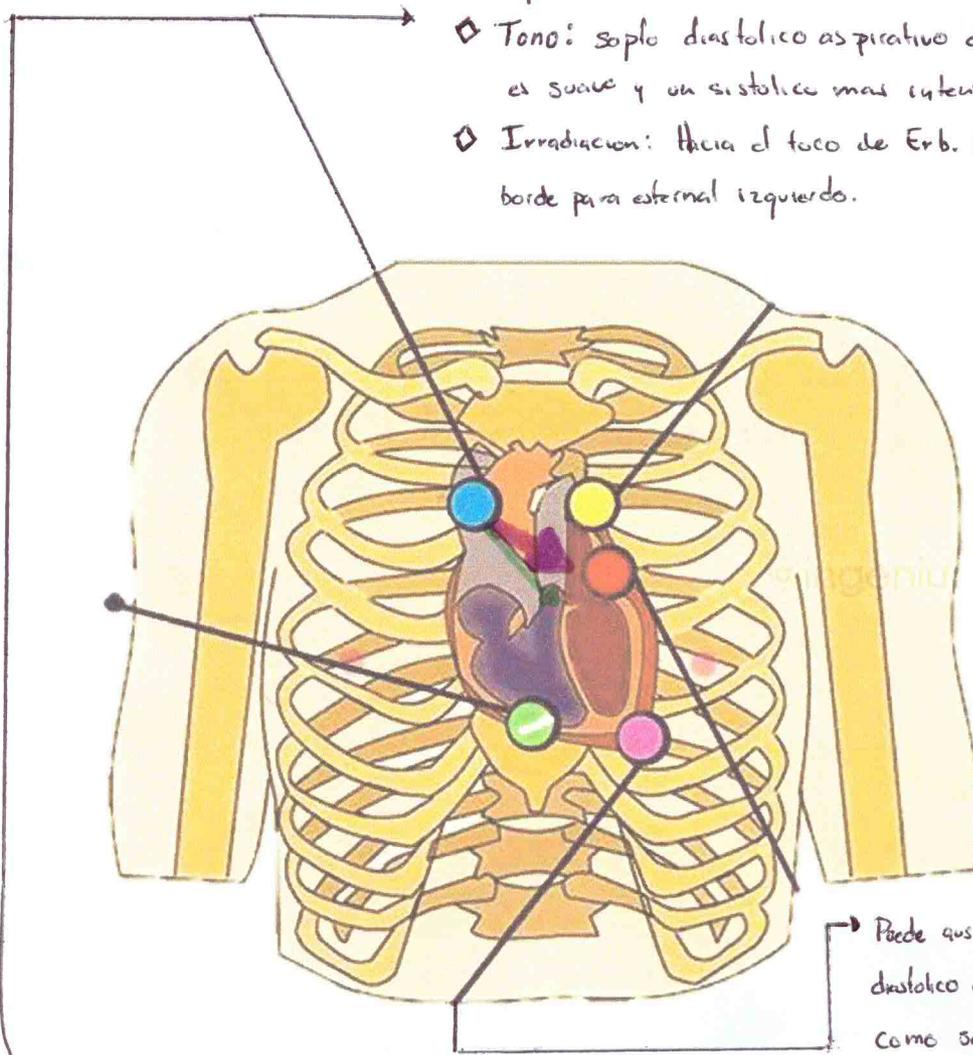
- La distensión de la vena yugular puede asociarse con el latido ventricular derecho palpable en el borde esternal izquierdo.

Auscultación:

- S1 fuerte, causado por el cierre abrupto de las valvas de una valvula mitral estenotica, que es auscultta mejor en la punta.
- El signo más prominente es el chasquido de apertura protodiastolico que refleja la protosión de las valvas en el VI, y es más intenso cerca del extremo inferior del borde esternal izquierdo tras él, se identifica un soplo intenso de tono grave y naturalmente decreciente - creciente.

INSUFICIENCIA AORTICA

- ◇ Epicentro: Foco aortico.
- ◇ Tono: soplo diastolico aspirativo despues del segundo ruido y es suave y un sistolico mas intenso pero funcional
- ◇ Irradiacion: Hacia el foco de Erb. (accesorio), se propaga al borde para esternal izquierdo.



→ Puede auscultarse un soplo meso-tele diastolico en el foco mitral, conocido como soplo de Austin Flint.

→ Características: soplo diastolico aspirativo y sistolico ejetivo funcional más intenso.

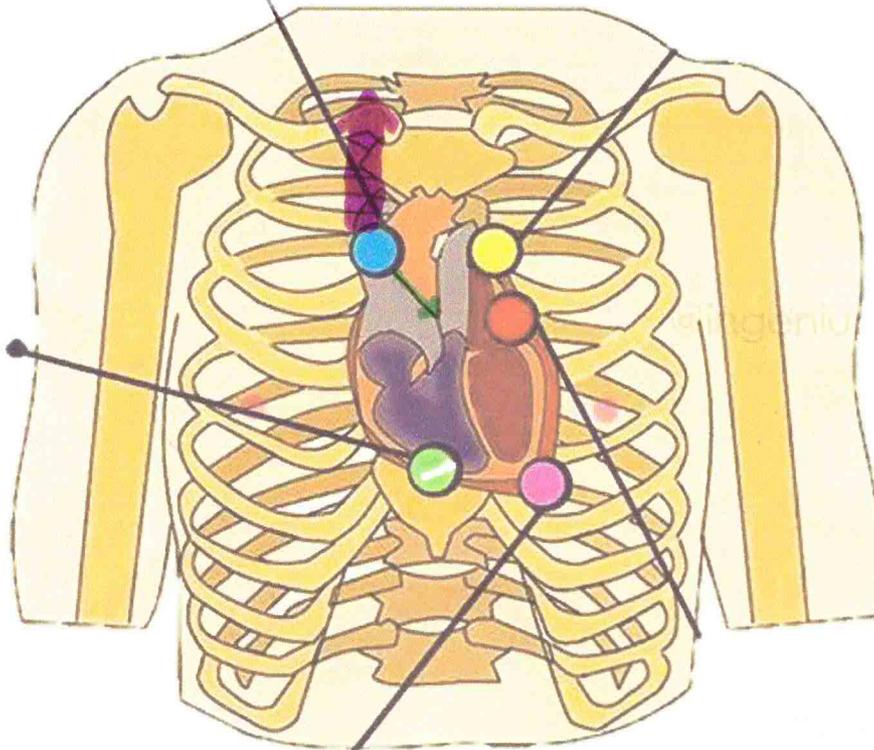
- ◇ Reflujó diastolico de la sangre desde la raíz aortica hacia el ventriculo izquierdo.
- ◇ Clínica: (Disnea de esfuerzo, fatiga, sensacion de latido cardiaco intenso)
- ◇ Inspeccion/palpacion: latido apexiano intenso, amplio, desplazado hacia abajo y hacia arriba.
- ◇ Pulso: Amplio y de ascenso rapido (pulso bisferiens)
- ◇ Signos o datos clinicos:
 - o Pulso scilicén (pulso de cornigan/pulso del martillo en agua)
 - o Pulso bisferiens (imp. sistolico doble)
 - o Signo de Quincke (dedo ungueal)
 - o Choque en cupula de Bazil (latido hiperdinamico)
 - o Signo de Becker (Puls. vaso retiniano)
 - o Signo de Landolfi (pupilas sincó.)
 - o Signo de Hill (pesen en ESI/ExI + 30 mmHg)
 - o Signo de Musset (salutatorio ↓↑ cabeza)
 - o Retumbo de Austin Flint.
 - o Signo de Müller (pul. sistolica de la uvrta)
 - o Signo de Duroziez (femoral "pistolazos")

ESTENOSIS AÓRTICA

o Epicentro: Foco aórtico (paraesternal)

o Irradiación: Hacia las arterias carótidas

También se presenta irradiación al apéx con un soplo sistólico, en pacientes ancianos con estenosis fuertemente calcificadas.



o Tono: Grave (presentación máxima en forma tridial) soplo sistólico creciente-decreciente que no comienza con el primer ruido, 2º ruido amortiguado o inaudible.

o Características: Romboidal (diamante) / soplo expirativo (sistólico) / áspero, ecclivo.

> soplo puede ir precedido de un choque de eyección, cuando la válvula estenótica es flexible, en caso de una calcificada senil, es menos ruidos.

> Pulso: Parvus et tardus (amplitud disminuida y ascenso lento) (* Mejor en carótidas)

> Palpación: fremito (vibración) en el hueco supraesternal empleando las articulaciones metacarpo falangicas.

> * S4- Contracción atrial por ventrículo rígido.

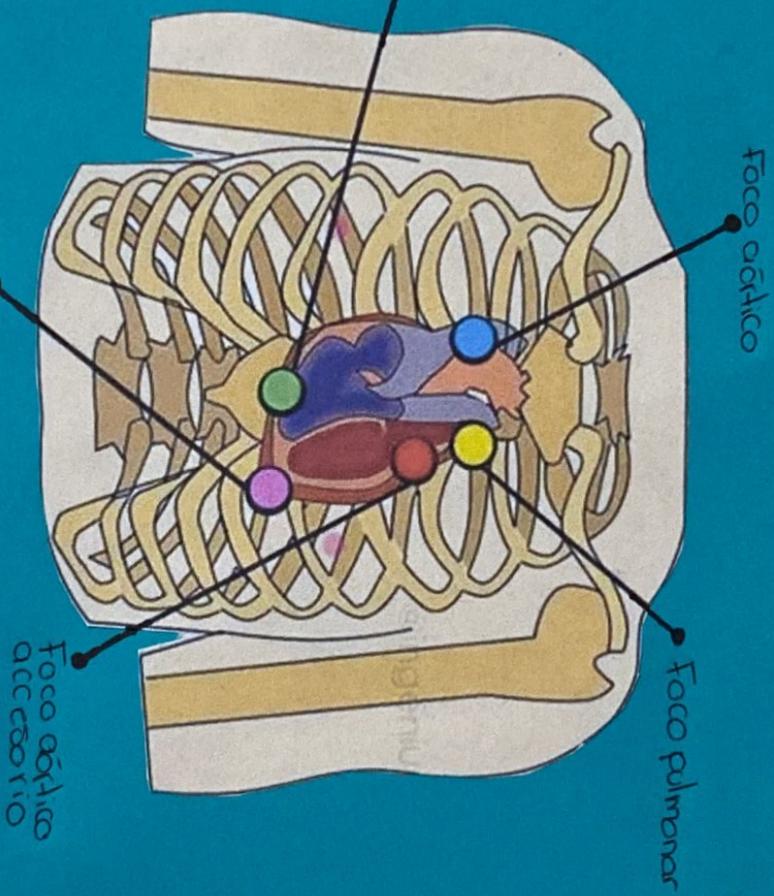


Valvulopatías derechas

ESTENOSIS TRICUSPÍDEA.

Foco Tricúspide

Cuarto espacio intercostal izquierdo en la parte inferior del borde esternal izquierdo.



Cuadro Clínico

Ingurgitación yugular.

Congestión pasiva del hígado (dolor sordo), continuo al hipocostal derecho/se exacerba con la marcha.

Ascitis.

Manifestaciones de insuficiencia hepática crónica:

Características del Sopro:

- Soplo mesotelicárdico.
- Chasquido de apertura tricúspide.
- Retumbo tricúspide.
- Se refuerza con la apnea postinspiratoria (manobra de Rivero-Carvalho +).

El flebograma muestra onda "A" gigante.

Astenia

Hiporexia

Atrofia muscular

Disminución del vello púbico y axilar.

INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA.

Signos centrales.

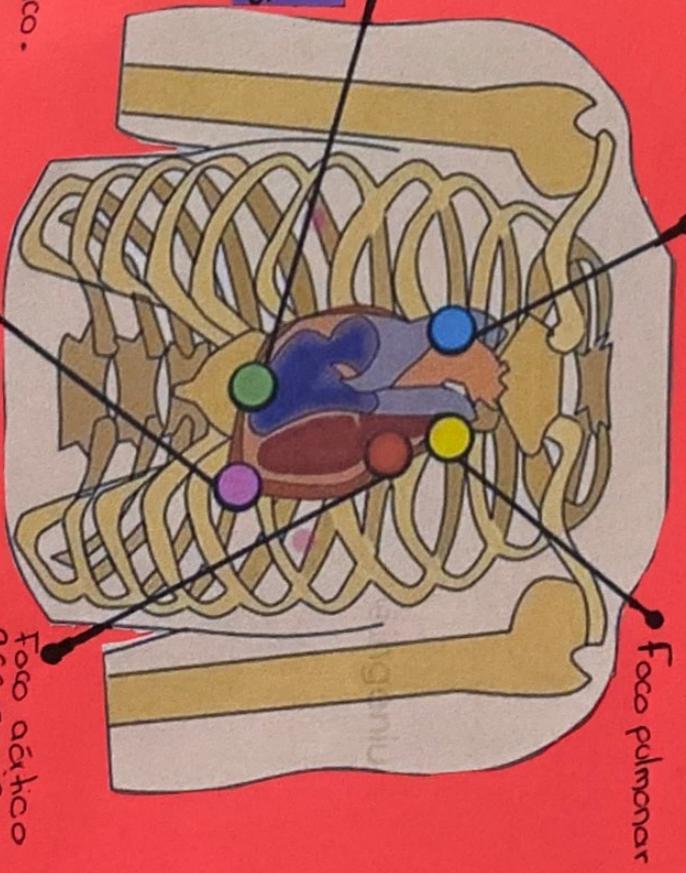
Inspección y palpación: Se aprecia levantamiento sistólico en la región paraesternal izquierda y en epigastrio. Abombamiento de la región precordial.

Características del soplo

- Soplo holosistólico regurgitante decreciente.
- Chasquido tricuspídeo.
- Retumbo tricuspídeo.
- La intensidad se rebaja con la gravedad de la lesión.
- Se refuerza con la apnea postinspiratoria (maniobra de Rivero Carballo positiva).
- Carácter musical.

Signos periféricos.

La onda de regurgitación tricuspídea, cuando es importante, se transmite al sistema venoso sistémico, se traduce como "Y" prominente en el pulso yugular.



Foco Tricuspídeo

4to espacio intercostal izquierdo sobre apófisis xifoides.

Al transmitirse al hígado puede producir latido hepático.

Signo característico de la insuficiencia hemodinámica importante.

Irradiación:

No tiene grandes irradiaciones, cuando lo hace el soplo puede escucharse incluso hasta el ápex y confundirse con el de la insuficiencia mitral.

Se busca con la mancha de Dresler.

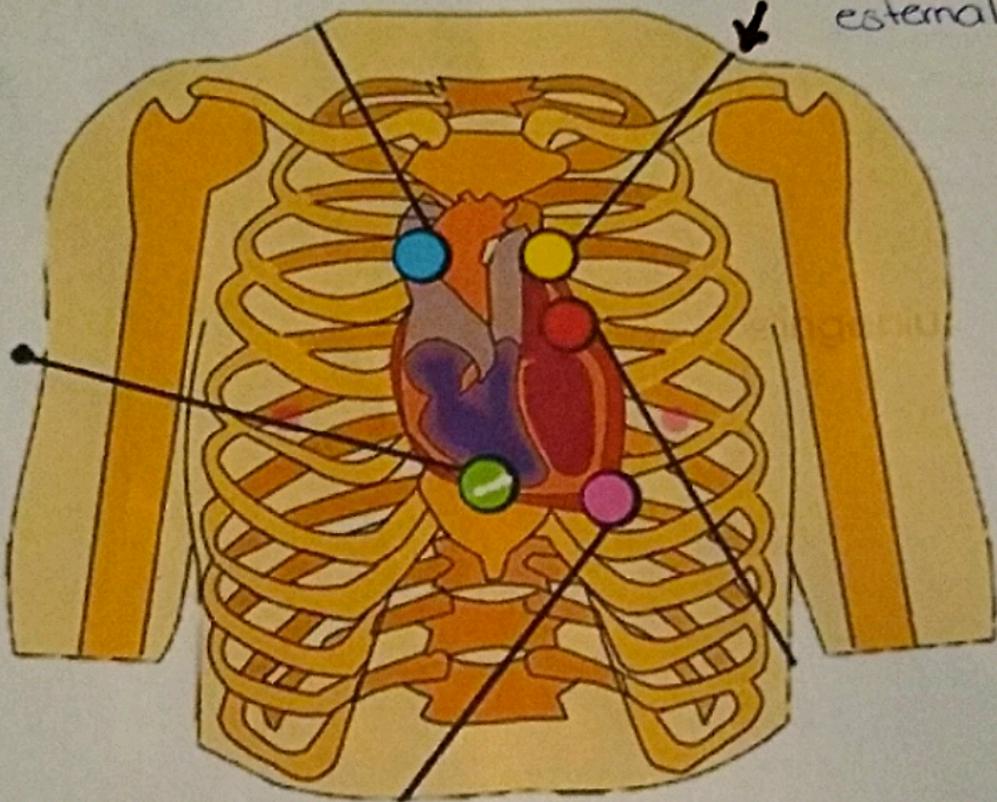
Bibliografía.

Guadalajara, F. (2018). Cardiología. México. Bva Edición

Estenosis Pulmonar

Grave: Gradiente máximo de presión sistólica transvalvular supera 80 mmHg.
Moderada: Gradiente de 40 a 80 mmHg.
Leve: Gradiente inferior a 40 mmHg.

Foco pulmonar
Segundo espacio intercostal
izquierdo, en el borde
esternal.



Irradiación: Cuello u hombro izquierdo.
Chasquido de expulsión.

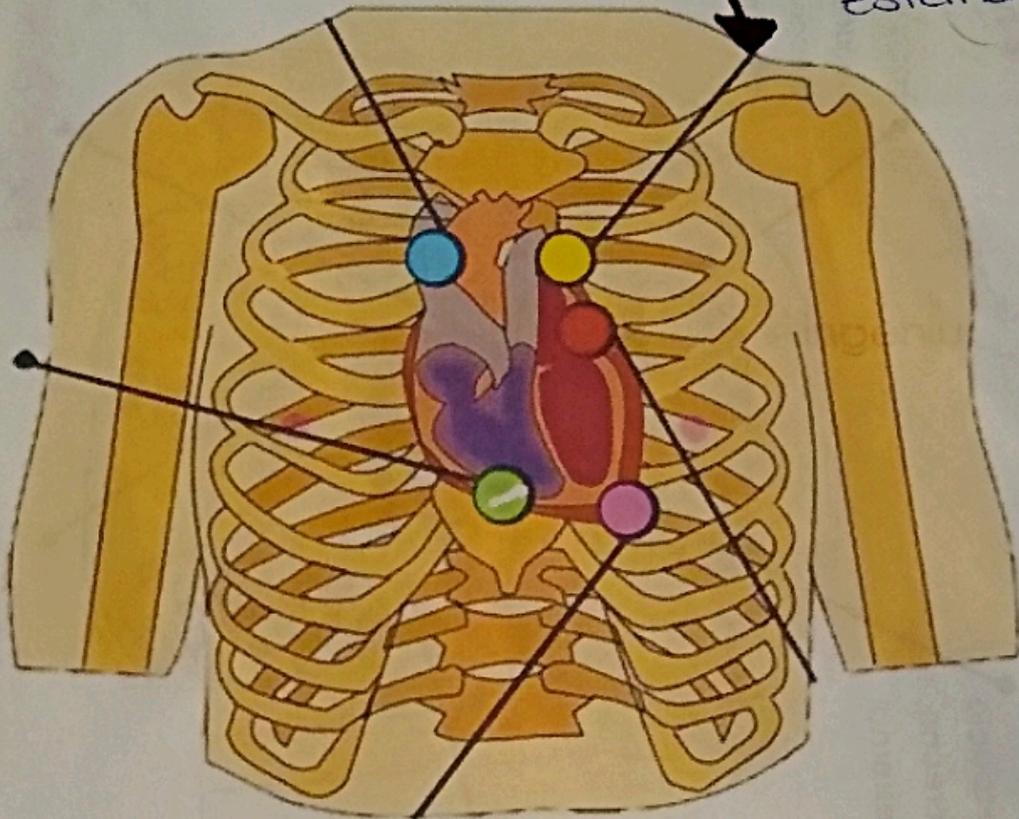
Soplo: Sistólico = romboidal.
In crescendo - decrescendo.

Tx: Valvuloplastia con balón mediante cateterismo.

INSUFICIENCIA Pulmonar

• Se desarrolla en presencia de hipertensión pulmonar grave y deriva de la dilatación del anillo valvular por el crecimiento de la arteria pulmonar.

Foco pulmonar.
Segundo espacio intercostal izquierdo, en el borde esternal.



Irradiación: Borde esternal izquierdo.

Soplo: In decrescendo (Diastólico).
"Soplo de Graham-Steele."