



Johana Nazareth Vázquez Flores

Dr. Romeo Suarez Martínez

Licenciatura en medicina humana

Cardiología

5to A

CIV

Frecuencia	Relativamente frecuentes
Incidencia	1.5 a 3.5 cada 1000 RN vivos
Localización	Zonas membranosas 70% & muscular 20%
Variable	Debajo de la válvula aórtica o adyac. a la válvula AV

Patología

CIV pequeña

> Resistencia al flujo de sangre
Vasculatura pulmonar o sistema
Depende del tamaño de la CIV

CIV no restrictiva

Volumen de la derivación,
resistencia vascular sistémica
& pulmonar

Período perinatal

Resistencia vascular pulmonar
es similar a la RV sistémica
Derivación = entre ventrículos

Nacimiento

< TRV / > Derivación de 12q
a dar a través de la aorta

Si la derivación es grande
VD

Síntomas

Normalmente asintomáticos
Insuficiencia cardíaca congestiva 10%
Taquipnea
Alimentación deficiente

Circulación pulmonar

AI

VI (rara - raras)

- Dilatación de la cav
- Disfunción sistólica
- Síntomas de ICC

Signos

Soplo holosistólico áspero	Vasculopatía pulmonar
Anomalías pequeñas	Desplazamiento de la VD
Soplo mesodiastólico	

DIAGNÓSTICO

- Radiografía
- Derivaciones grandes
- Vasculopatía pulmonar
- Electrocardiograma --- Derivación grande
Del tamaño de la AI
Hipertrofia ventricular IZQ
VA Vasculopatía pulmonar
Hipertrofia ventricular derecha
- Doppler ---
Exactitud localización
Dirección & magnitud de la deriv
Estimación de la presión sistólica

TRATAMIENTO

- 50% CIV --- 2 años de edad (Cierre espontáneo parcial / compl)
- Primera mitad de vida --- Corrección qx

- Catéter
- Profilaxia
- Imperfección mediana un VP

CIA

Abertura persistente del tabique IA después del nacimiento,
que permite la comunicación directa entre las aurículas IZQ
& der.

Incidencia de 1:1500 RNV

Puede aparecer en cualquier
zona del tabique auricular

Ortium secundum

Esta anomalía surge por la reabsorción excesiva o el desarrollo insuficiente del septum primum, la formación defectuosa del septum secundum, o una combinación de ambas.

Ortium primum

Provocada por una fusión errónea del septum primum con las almohadillas endocárdicas que habitualmente se alojan a un desarrollo anómalo de las válvulas mitral & tricúspide

Tipo seno venoso

Esta es consecuencia de una abstracción incompleta del seno venoso en la aurícula derecha & con frecuencia surge con un drenaje anómalo de las venas pulmonares desde el pulmón derecho hasta la AD

SINTOMAS

La mayoría suele ser asintomática

Se detecta durante infancia o adolescencia

Fatiga

Falseto en el por taquiarritmia auricular provocada por dilatación de AD

DIAGNOSTICO

Radiografía torácica

Eeg

Ecc

TRATAMIENTO

Quirujía reparadora

Reparación percutánea

Circulación fetal

- ▷ Los pulmones en el feto no son funcionales
- ▷ El oxígeno proviene de la placenta & del cordón umbilical
- ▷ La madre le pasa el oxígeno & los nutrientes al feto a través de la placenta & el cordón umbilical
- ▷ El cordón umbilical está formado por 1 vena - 2 arterias
- ▷ La vena es la encargada de llevar el oxígeno & los nutrientes

De la vena umbilical la sangre llega al hígado, una pequeña parte de la sangre se irá a los sinusoides hepáticos.

La mayor parte de cantidad va al hígado a través del conducto venoso, de este conducto llega a la VCI, una vez aquí se une a la sangre que ya había en la VCI & viaja a la aurícula derecha, por contigüente la sangre pasa a la aurícula izquierda por medio del orificio oval.

Una vez en la aurícula izquierda, la sangre pasa al VI, para llegar a la aorta, para oxigenar la cabeza & el cuerpo del feto, ya oxigenada está, esa sangre por medio de la misma aorta va a regresar de oxigenada, por lo cual a través de la VCI la sangre de oxigenada llegará a la AD.

Entrando en la AD la sangre ya no pasará por el orificio oval, ahora pasará al VD, del VD la sangre sale por la arteria pulmonar & el conducto arterial que este va a servir para que la sangre que sale de la arteria pulmonar se vaya a la aorta descendente, de aquí va a las arterias ilíacas internas que estas son las que dan las arterias umbilicales que estas van a la placenta a dar la de oxigenada para que se oxigene nuevamente & se regrese por la vena umbilical.

estenosis pulmonar

CONGENITA

Forma de obstrucción al tracto de salida del VD en la válvula pulmonar.

- 80-90% aislada
- 10% con otras cardiopatías congénitas

ETIOLOGIA

Obstrucción de salida --- ↑ de presión
Hipertrofia ventricular dcr --- Mantener grito pulmonar

CLASIFICACION

Estenosis pulmonar leve --- $> 50 \text{ mmHg}$
Estenosis pulmonar moderada --- $50-80 \text{ mmHg}$
Estenosis pulmonar severa --- $> 80 \text{ mmHg}$

EXPLORACION

Desplazamiento del VD sobre esternón
Ictero urtótico
Radiografía de tórax
Ecc doppler

TRATAMIENTO

Valvulopatía transcateter + Profilaxis

Tetralogía de Fallot

Desplazamiento anterior & cefálico anómalo de la zona infundibular del tabique interauricular

Epidemiología

Prevalencia 5:10.000 RN vivos

Se caracteriza

- 1) Defecto del tabique ventricular
- 2) Obstrucción del tracto de salida del VD
- 3) Cabalgamiento de la aorta que recibe sangre de ambos ventriculos
- 4) Hipertrofia del VD

Fisiopatología

↑ de resistencia debido a la estenosis pulmonar subvalvular hace que la sangre desoxigenada regrese de las venas sistémicas & se derive desde el VD a través de la CIV hasta el VI & la circulación sistémica lo cual provoca hipoxemia

Factores de riesgo

- Enfermedad viral del embarazo (rubéola)
- Consumo de alcohol durante el embarazo
- Mala nutrición desde el embarazo
- Madre >40 años
- Presencia de síndrome de Down o del 13 de George en el RN

Síntomas

- Irritabilidad
- Hiperventilación
- Cianosis
- Occasional síncope / convulsiones

Exploración física

Tetralogía + estenosis pulmonar moderada presenta con frecuencia cianosis leve más visible en los ojos, la membrana mucosa & los dedos

Estudios diagnósticos

- Radiografía de tórax
- ECG
- ECC - cateterismo cardiaco

Tratamiento

- Corrección qx completo
- Antibióticos para evitar la endocarditis

Complicaciones

- Fuga en la válvula pulmonar
- Fuga en la válvula tricúspide
- Orificio en la pared que separa los ventrículos
- Arritmias
- Muerte & repentina

transposición de los grandes vasos

Patología

- ▷ Derivada
- ▷ Tabique aortopulmonar
- ▷ Infundíbulo subpulmonar

Cuadro clínico

- ▷ Cianosis
- ▷ Impulso ventricular débil

Diagnóstico

- ▷ Normal
- ▷ Hipertrofia de VD
- ▷ Transposición

Tratamiento

- ▷ Inhibidores de prostaglandinas
- ▷ Procedimiento de Rashkind
- ▷ Corrección qx

embriología

Desarrollo del embrionario

Comienza su formación en la 4^{ta} semana, en la que se fusionan los primordios mesodérmicos & se constituye el tubo cardíaco primitivo.

