



NOMBRE DEL ALUMNO: JOHANA
ALEJANDRA MUÑOZ LAY

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

ASIGNATURA: CARDIOLOGÍA

DOCENTE: DR. MIGUEL BASILIO
ROBLERO

ACTIVIDAD: INFOGRAFÍA

QUINTO SEMESTRE.

GRUPO A

FECHA DE ENTREGA: 12 DE
OCTUBRE

Cardiología

INSUFICIENCIA MITRAL

Valvulopatías

Etiología

Resultado de alguna anomalía o proceso patológico que afecta a uno o más componentes funcionales del aparato valvular mitral

- Valvas
- Anillo
- Cuerdas tendinosas
- Músculos papilares

- Insuficiencia aguda**
- Infarto agudo del miocardio (MI)
 - Traumatismo no penetrante de la pared del tórax
 - Endocarditis infecciosa
 - Rotura de músculos papilares

MR crónica:

- Degeneración mixomatosa
- Proceso reumático
- Enfermedad cardíaca congénita
- Enfermedad cardíaca isquémica

MR primaria:

- Anomalías de las valvas o cuerdas tendinosas

MR secundaria (funcional):

- Remodelación del ventrículo izquierdo
- Agrandamiento del anillo
- Desplazamiento del músculo papilar
- Desplazamiento apical de las valvas

Fisiopatología

Efectos iniciales

- 1 Disminución de la resistencia al vaciamiento del ventrículo izquierdo (LV)
- 2 Vaciamiento más completo del LV
- 3 Aumento del volumen del LV

Efectos a largo plazo

- 1 Deterioro de la función contráctil del LV
- 2 Disminución del gasto cardíaco anterógrado
- 3 Aumento de la distensibilidad del LV
- 4 Presión diastólica del LV normal hasta etapas avanzadas

Factores que influyen en el volumen de reflujo

- 1 Presión sistólica del LV
- 2 Diámetro del orificio del reflujo
- 3 Grado de dilatación del LV y del anillo mitral

Características hemodinámicas

- 1 Fracción de expulsión del LV (LVEF) aumentada en MR grave
- 2 Descenso rápido de la onda y en ausencia de MS acompañante
- 3 Gradiente tensional LA-LV protodiastólico breve en MR grave

Clínica

- Las personas con MR crónica aislada son asintomáticas.
- Los síntomas más notables en MR crónica grave son fatiga, disnea de esfuerzo y ortopnea.
- El edema pulmonar agudo -> MR aguda grave

Signos físicos

Ruidos cardíacos

1. **S1**: suave o oculto dentro del soplo holosistólico de la MR crónica grave
2. **S2**: desdoblamiento amplio pero fisiológico en MR grave
3. **S3**: tono bajo, surge 0.12-0.17 s después del ruido de cierre de la válvula aórtica
4. **S4**: presente en pacientes con MR aguda grave y ritmo sinusal

Soplos

1. Soplo sistólico: característico de la MR crónica grave, intensidad mínima de grado III/VI
2. Soplo holosistólico: común en MR crónica grave
3. Soplo decreciente: en MR aguda grave
4. Soplo mesodiastólico: breve y rodante, sin MS estructural
5. Soplo presistólico: no presente en MR aislada

Características del soplo sistólico

- Intensidad: más intenso en el vértice
- Irradiación: a la axila
- Cambios con maniobras:
 1. Intensificación con ejercicio isométrico
 2. Disminución durante la fase de pujido de la maniobra de Valsalva

Estudios de laboratorio

ECG

ECG en MR crónica

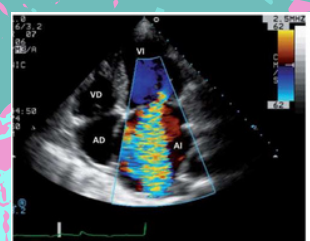
1. Aumento de tamaño de la aurícula izquierda (AI)
2. Posible aumento de tamaño de la aurícula derecha (AD) si hay hipertensión pulmonar
3. Frecuencia cardíaca irregular (fibrilación auricular, AF) en muchos casos
4. Signos de hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo (LV) en algunos casos
5. No siempre hay signos de agrandamiento ventricular en el ECG

ECOCARDIOGRAMA

Transtorácica y transesofágica que se usa para identificar mecanismos y valoraciones específicas

RX

1. Auriculomegalia izquierda masiva
2. Borde derecho de la silueta cardíaca formado por la aurícula izquierda
3. Calcificación valvular o anular



Estenosis mitral

VALVULOPATÍAS

Anatomía

El aparato valvular mitral va constar de las siguientes estructuras

- 2 valvas
- Cuerdas tendinosas: encargadas de unir a los músculos papilares con las valvas
- 2 músculos papilares
- Anillo mitral: tejido fibroso encargado de sujetar la valva posterior al miocardio ventricular izquierdo

Funcionamiento

- Durante la sístole: las barbas se acercan y contactan a lo largo de sus líneas de cierre
- Durante la diástole Las valvas se mueven en dirección contraria

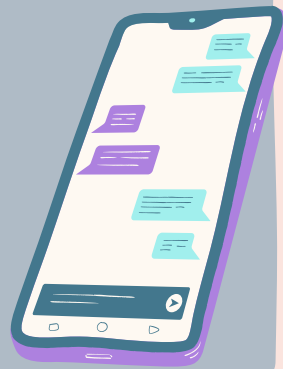
Etiología

Causas:

- Postinflamatoria → FIEBRE REUMÁTICA
- Calcificación del anillo mitral
- Estenosis congénita de la válvula mitral
- Corazón triauricular
- Lupus eritematoso sistémico
- Mixoma auricular izquierdo
- Endocarditis infecciosa

Características:

- Rigidez del tejido valvular
- Fusión comisural
- Acortamiento de las cuerdas tendinosas
- Calcificación secundaria



Patología

1. Inflamación crónica y engrosamiento difuso de las valvas
2. Formación de tejido fibroso y depósitos calcificados
3. Fusión de comisuras y cuerdas tendinosas
4. Rigidez y estrechamiento de las cúspides valvulares
5. Estrechamiento en embudo (boca de pez) del vértice de la válvula
6. Calcificación de la válvula mitral
7. Formación de trombos y émbolos arteriales



Clinica

- Disnea
- Ortopnea
- Fatiga
- Edema pulmonar
- Bajo gasto cardiaco
- Choque cardiogenico
- Fenomeno de Gallavardin

Auscultacion

1. Primer ruido cardiaco (S1) más intenso
2. Componente pulmonar del segundo ruido (P2) más intenso
3. Chasquido de abertura (OS) de la válvula mitral en el vértice del corazón
4. Soplo con retumbo diastólico y tono bajo en el vértice del corazón
5. Intensificación del soplo con el ejercicio moderado
6. Soplo sistólico suave (valvulopatía mitral mixta con reflujo)

Estudios de laboratorio

ECG

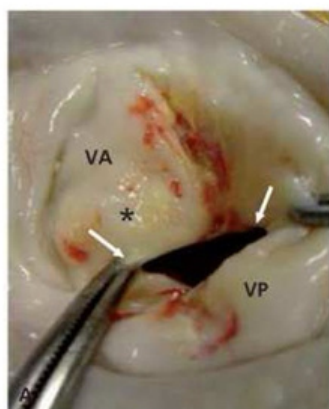
1. Onda P sugiere aumento de tamaño de la aurícula izquierda
2. Onda P alta y picuda en derivación II y erecta en derivación V (en casos de hipertensión pulmonar intensa o TS)
3. Complejo QRS normal, pero puede mostrar desviación del eje a la derecha e hipertrofia del RV en casos de hipertensión pulmonar intensa

Ecocardiograma

1. Proporciona información fundamental sobre medicinas de velocidad de la entrada de flujo mitral en fases tempranas y tardías

Rx

1. Enderezamiento del borde superior izquierdo de la silueta cardiaca
2. Prominencia de las arterias pulmonares principales
3. Dilatación de las venas pulmonares del lóbulo sup. y desplazamiento del esófago hacia atrás por una aurícula izquierda
4. Las líneas B de Kerley son unas líneas horizontales en,.. finas, densas, opacas, más notables en los campos pulmonares inferiores



Insuficiencia tricuspídea

Etiología

1. Secundaria (funcional): dilatación del anillo tricuspídeo y muescas de valvas debido a:

- Sobrecarga tensional o volumétrica.
- Infarto del miocardio.
- Traumatismos.
- Cardiopatía reumática o congénita.
- Hipertensión pulmonar.

2. Primaria:

- Fiebre reumática.
- Prolapso de la válvula tricúspide.
- Enfermedad carcinóide del corazón.
- Fibrosis endomiocárdica.
- Radiación.
- Endocarditis infecciosa.
- Traumatismo.



Fisiopatología

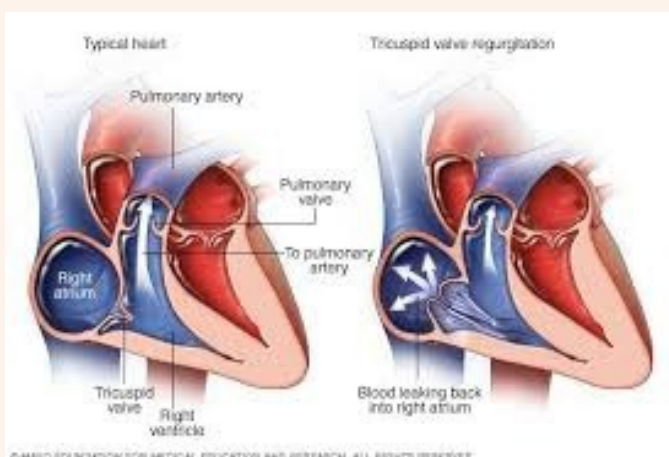
Insuficiencia de la válvula tricúspide permite reflujo de sangre desde RV a RA.

2. Volumen del flujo retrógrado depende de:

- Presión sistólica de RV.
- Diámetro del orificio de reflujo.

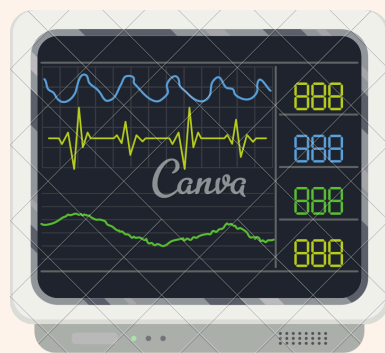
3. Intensidad y signos físicos varían según:

- Presión sistólica de PA.
- Dimensión del anillo valvular tricuspídeo.
- Cambios en la precarga de RV.
- Distensibilidad de RA.



Signos y síntomas

1. Auriculomegalia derecha.
2. Intensificación de las presiones venosas de RA y yugular.
3. Ondas c-o notables en los trazos del pulso.
4. Disminución del CO anterógrado.
5. Dilatación de RV y disfunción sistólica.
6. Ventricularización de la forma de la onda de RA.



Signos principales

1. Venas del cuello distendidas con ondas c-o notables.
2. Descenso de y rápido (en ausencia de TS).
3. Hepatomegalia intensa con pulsaciones sistólicas.
4. Ascitis.
5. Derrame pleural.
6. Edema.
7. Reflejo hepatoyugular positivo.

Signos cardíacos

1. Pulsación notable de RV en la región parasternal izquierda.
2. Sopro holosistólico soplate en la mitad inferior del borde esternal izquierdo.
3. Signo de Carvallo: intensificación del soplo durante la inspiración.
4. Disminución del soplo durante la espiración o la fase de esfuerzo de la maniobra de Valsalva.



Diferenciación con otros soplos

1. El soplo de TR se confunde con el de MR, pero varía con el ciclo respiratorio.
2. La ventriculomegalia derecha es más notable en TR.

Otras características

1. Fibrilación auricular (AF) común en la fase crónica de la enfermedad.
2. La TR se diagnostica más a menudo por exploración de las venas del cuello que por auscultación de los ruidos cardíacos.

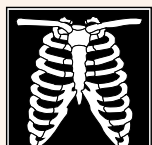
ECG



1. Auriculomegalia derecha.
2. Fibrilación auricular (AF).
3. Bloqueo de rama derecha.

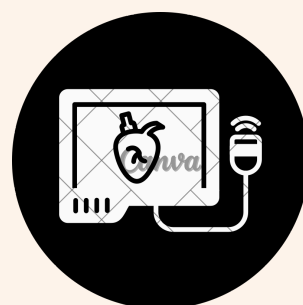
Rx

1. Auriculomegalia.
2. Ventriculomegalia derecha.



Ecocardiografía

1. Dilatación de RA y RV.
2. Sobrecarga volumétrica de RV.
3. Valvas tricúspides con prolapso, flácidas, cicatrizales, desplazadas/con muescas.
4. Doppler de color para evaluar TR.
5. Inversión del flujo sistólico de la vena hepática en TR grave.



Estenosis tricúspide



Características

- El flujo transvalvular aumenta durante la inspiración y disminuye durante la espiración.
- Gradiente de presión diastólica media ≥ 4 mm Hg.
- Presión media de RA aumentada.

Sintomas

- Disnea en relación con la gravedad de la hepatomegalia, ascitis y edema.
- Fatiga por disminución del gasto cardíaco (CO).
- Molestias por edema, ascitis y hepatomegalia grave y resistente.
- Insuficiencia de la mitad derecha del corazón.

¿Como la definimos?

Gradiente de presión diastólica entre la aurícula derecha (RA) y el ventrículo derecho (RV).

Consecuencias

1. Congestión venosa sistémica.
2. Hepatomegalia.
3. Ascitis.
4. Edema (grave en algunos casos).
5. Disminución del gasto cardíaco (CO) en reposo.
6. No aumento del CO durante el ejercicio.

Hallazgos

1. Onda a de RA alta.
2. Descenso y prolongado.
3. Presiones sistólicas normales o levemente mayores en LA, PA y RV.

Signos físicos

1. Hepatomegalia congestiva.
2. Ascitis.
3. Anasarca.
4. Distensión de las venas yugulares.
5. Ondas a gigantes en personas con signo sinusal.
6. Descenso lento de y en la presión venosa.
7. Pulsaciones presistólicas notables de hepatomegalia.

Auscultación

1. Chasquido de apertura (OS) de la válvula tricúspide.
2. Soplo diastólico de TS:
 - Mejor audible en el borde externo izquierdo, mitad inferior.
 - Más intenso durante la presístole en pacientes con ritmo sinusal.
 - Aumenta durante la inspiración y disminuye durante la espiración.



ECG



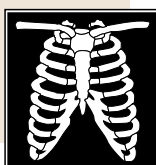
1. Ondas P altas en pico en la derivación II.
2. Ondas P notables y erectas en la derivación V1.
3. Ausencia de signos de hipertrofia ventricular derecha (RVH) en pacientes con insuficiencia de la mitad derecha del corazón.

ECOCARDIOGRAMA

- Engrosamiento y abombamiento de la válvula tricúspide en diástole.
- Cálculo del gradiente transvalvular mediante Doppler de onda continua.
- Área valvular $< 1 \text{ cm}^2$ o semivida tensional ≥ 190 ms en TS intensa.
- Auriculomegalia derecha y agrandamiento de la vena cava inferior (IVC).
- Evaluación de la intensidad de la insuficiencia tricúspide (TR) relacionada.
- Evaluación de la estructura y función de la válvula mitral.
- Evaluación del tamaño y función de los ventrículos izquierdo y derecho.
- Estimación de la presión de la arteria pulmonar (PA).

Rx

1. Agrandamiento de la aurícula derecha (RA) y vena cava superior.
2. Pocos signos de congestión vascular pulmonar.
3. Ingurgitación de la vena ácigos.



INSUFICIENCIA PULMONAR

1

Etiología

Puede desarrollarse como consecuencia de patologías valvulares primaria, dilatación del anillo, valvular o una combinación de ambos

2

Fisiopatología

- Dilatación e hipertrofia excentrica del ventrículo derecho
- Aumento de precarga y poscarga
- Gradiente de presión inverso entre PA y RV
- Disminución del soplo diastólico con aumento de presión diastólica de RV

3

Sintomas

- Fatiga
- Disnea de esfuerzo
- Sensación de plenitud o timpanismo abdominal
- Hinchazón de la región pélvica y extremidades

3

Signos físicos

- Soplo diastólico agudo, decreciente (soplo de Graham Steell)
- Ruido intenso y palpable (P2)
- Impulso de RV
- Dilatación significativa del ventrículo y la aurícula derechos

Estudios de laboratorio

4

ECG: signos de RVH y dilatación de la aurícula derecha

Ecocardiografía Doppler: morfología y función de la válvula pulmonar

Radiografía de tórax: crecimiento del ventrículo y la aurícula derechos

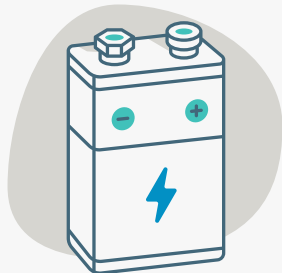
CMR: detalle anatómico y cuantificación de volúmenes de RV

Cateterismo cardiaco: programado en casos necesarios

Datos extra

En pacientes con tetralogía de Fallot o PS/atresia pulmonar, el soplo diastólico puede ser bajo y breve a pesar de sobrecarga volumétrica significativa de PR y RV.

ESTENOSIS PULMONAR



Fisiopatología

1. Gradiente de presión sistólica entre RV y PA.
2. Hipertrofia de RV (RVH) debido a obstrucción al flujo de salida.
3. Expulsión sistólica prolongada.
4. Disfunción de RV por diferencia de poscarga.
5. Presiones sistólicas máximas más bajas en comparación con AS.

Clasificación

1. PS intensa: gradiente sistólico máximo > 50 mm Hg.
2. PS moderada: gradiente sistólico máximo 30-50 mm Hg.
3. PS leve: gradiente sistólico máximo < 30 mm Hg.



Signos y síntomas

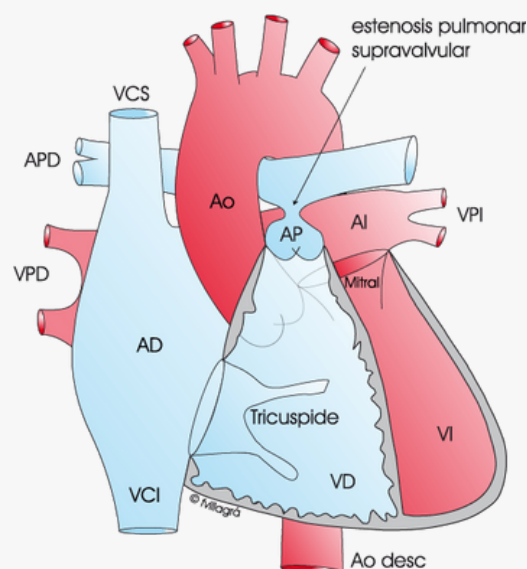
1. Onda a de RA elevada.
2. Onda u prominente en RA (insuficiencia tricuspídea funcional).
3. Dilatación del ventrículo derecho.
4. Dilatación del anillo valvular.
5. Disminución del gasto cardiaco (en estadios finales).

Signos Físicos

1. Soplo mesosistólico (crescendo-decrescendo) en el segundo espacio intercostal.
2. Ruido de expulsión (chasquido) precediendo al soplo sistólico en adultos jóvenes.
3. Intensidad del soplo sistólico aumenta con la inspiración.
4. Ruido de expulsión disminuye o desaparece con la gravedad de la PS.
5. Cuarto ruido cardiaco en el lado derecho posible.
6. Retraso del cierre de la válvula pulmonar y disminución o desaparición del componente pulmonar del segundo ruido cardiaco (P2).
7. Onda a prominente en el pulso venoso yugular.
8. Impulso parasternal o RV con sobrecarga significativa de la presión.
9. Signos clínicos de insuficiencia cardiaca derecha (hepatomegalia, ascitis, edema) en etapas tardías.

Etiología

1. Trastorno congénito.
2. Síndrome de Noonan (mutaciones en el gen PTPN11).
3. Carcinoides.
4. Obstrucción por tumores o vegetaciones voluminosas.
5. Proceso reumático (raro).



Pruebas

ECG

1. Desviación del eje eléctrico a la derecha.
2. Hipertrofia ventricular derecha (RVH).
3. Dilatación de la aurícula derecha en adultos con PS intensa.



Rx

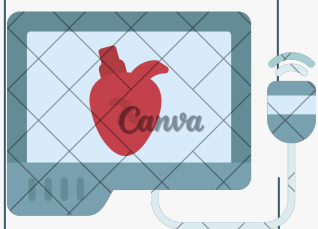
1. Dilatación posestenótica de la arteria pulmonar.
2. Llenado del espacio retrosternal por agrandamiento de RV.
3. Agrandamiento de la aurícula derecha.



ECOCARDIOGRAMA

1. Transtorácica (TTE): diagnóstico y definición de las características de la PS.
2. Transesofágica (TEE): útil para definir mejor el infundíbulo del RV y detectar hipertrofia infundibular.

1. Visualización gráfica de la válvula pulmonar.
2. Valoración del gradiente.
3. Evaluación de la función de RV.
4. Medición de las presiones de PA.
5. Detección de lesiones cardiacas coexistentes.



VALVULOPATÍAS multiple y mixta

Causas de lesiones valvulares



1. Cardiopatía reumática (MS, MR, AS, AR, TS, TR)
2. Calcificación del anillo mitral (estenosis y regurgitación)
3. Endocarditis infecciosa (IE)
4. Radiación del mediastino
5. Síndrome carcinoide (lesiones mixtas en válvulas tricúspide y pulmonar)
6. Uso de ciertos medicamentos (ergotaminas, fenfluramina y fentermina)
7. Síndrome de Marfan (AR y MR)
8. Degeneración mixomatosa (prolapso de múltiples válvulas)
9. Enfermedad valvular aórtica o pulmonar bicúspide
10. Enfermedad aneurismática de la aorta y disección aórtica



Tipos de lesiones valvulares

1. Estenosis (MS, AS, TS)
2. Insuficiencia (MR, AR, TR)
3. Lesiones mixtas (estenosis e insuficiencia)

Asociaciones

1. TR funcional asociada a valvulopatía mitral significativa
2. AS grave y remodelado del ventrículo izquierdo con MR funcional
3. Endocarditis infecciosa y lesiones secundarias en otras válvulas
4. Síndrome de Marfan y enfermedad aneurismática de la aorta

Efectos de la cardiopatía multivalvular

1. Disminución del gasto cardiaco (CO) debido a la valvulopatía más proximal.
2. Disimulación de la gravedad de lesiones valvulares más distales.
3. Desarrollo de vasculopatía pulmonar reactiva.
4. Cambios hemodinámicos que generan TR, TS o su combinación.



Ejemplos de enfermedad multivalvular

1. TR funcional en valvulopatía mitral significativa.
2. Valvulopatía tricuspídea primaria reumática asociada a valvulopatía mitral.
3. Combinación de MS y AR.
4. AS y AR mixtas.

Mecanismos fisiopatológicos

1. Dilatación del ventrículo derecho y del anillo en TR funcional.
2. Hipertensión de arteria pulmonar (PA) en TR funcional.
3. Disminución del CO en MS y TR.
4. Aumento de la presión diastólica de ventrículo izquierdo (LV) en AR.

Consecuencias clínicas

1. Insuficiencia cardiaca derecha avanzada (ascitis, edema).
2. Disminución del CO.
3. Incremento de las presiones diastólicas de las aurículas derecha e izquierda.
4. Incremento nocivo en la frecuencia cardiaca.



Signos y sintoma

1. Disnea de esfuerzo
2. Fatiga
3. Palpitaciones (posible presencia de fibrilación auricular)
4. Dolor retroesternal (compatible con angina)
5. Plétora/timpanismo abdominal
6. Edema

1. Soplos sistólico y diastólico
2. Soplos mesosistólicos y diastólicos decrecientes
3. Chasquido de expulsión precoz (no presente en AS y AR congénitas mixtas)
4. Retumbo mesodiastólico (con o sin chasquido de abertura)
5. Ritmo irregular del corazón (posible presencia de fibrilación auricular)
6. Signos de insuficiencia cardiaca derecha (edema, plétora/timpanismo abdominal)

ECG

Signos de hipertrofia ventricular, auriculomegalia o ambos.

RX

Agrandamiento de cavidades cardiacas, calcificación de válvulas, anillos o ambas estructuras.

Estudios

ECOCARDIOGRAFÍA

Dx y definición de valvulopatías cardiacas múltiples o mixtas.

Otros:

Pruebas de esfuerzo
Resonancia magnética cardiaca (CMR)
Tomografía computarizada (CT) cardiaca
Coronariografía por CT



CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

- Proceso de deterioro y calcificación no es pasivo.
- Comparte características con la aterosclerosis vascular.
- Polimorfismos genéticos vinculados con la aparición y evolución de AS calcificada.
- Factores de riesgo tradicionales de aterosclerosis también se aplican a AS.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Principal causa: calcificación degenerativa de las valvas aórticas.

Factores de riesgo:

1. Válvula aórtica bicúspide (BAV).
2. Deterioro crónico.
3. Inflamación reumática previa.
4. Aterosclerosis vascular.
5. Disfunción endotelial.
6. Acumulación de lípidos.
7. Activación de células de inflamación.

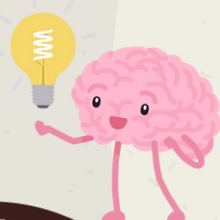
EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta al 25% de los pacientes con valvulopatía cardíaca crónica.
- 80% de los pacientes adultos con AS sintomática son varones.



CAUSAS

- Fiebre reumática (principal causa en países en desarrollo).
- Procesos degenerativos o inflamatorios (principal causa en países desarrollados).
- Endocarditis infecciosa (incidencia en aumento).



PREVALENCIA Y MORTALIDAD

- 15-20 millones de personas viven con cardiopatía reumática mundialmente.
- Prevalencia aumenta con la edad (12-13% en adultos > 75 años).
- Estenosis aórtica grave afecta a 3,5% de la población > 75 años.



Estenosis aórtica

Valvulopatias AORTICAS

CLINICA

- 1. Disnea (insidiosa y progresiva)
- 2. Síncope (debido a incapacidad para elevar el gasto cardíaco o arritmia)
- 3. Angina (puede ser secundaria a aterosclerosis coronaria asociada)

TIPOS

- AS calcificada.
- AS reumática (fusión comisural, fibrosis y calcificación).
- AS radiación-inducida.

EXPLORACION FISICA

Pulso venoso yugular

- Onda a prominente
- No indica necesariamente fallo ventricular derecho
- Refleja reducción de la distensibilidad ventricular

Latido de la punta

- Enérgico
- Desplazado por crecimiento ventricular
- Doble impulso

Frémido sistólico

- Palpable en base del corazón
- Más intenso en foco aórtico y supraesternal

Auscultación

- Soplo sistólico de eyección (III-IV)
- Morfología romboidal
- Foco con intensidad en 2do espacio intercostal derecho

OTROS HALLAZGOS

- Chasquido de eyección en ápex
- Desaparición del chasquido
- Desdoblamiento paradójico del 2do-R
- Ruido de galope ventricular
- 4to-R constante



OTROS ESTUDIOS

Examen Radiológico

- Hipertrofia ventricular izquierda no deforma la silueta cardíaca.
- Punta redondeada y pared posterior desplazada hacia atrás en proyección lateral.
- Aorta descendente elongada.
- Calcificación valvular visible con amplificador de imagen.
- Cardiomegalia y signos de congestión pulmonar en casos avanzados.

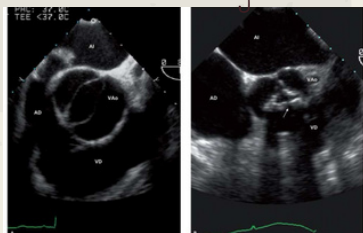
Electrocardiograma (ECG)

- Signos de crecimiento ventricular izquierdo (sobrecarga sistólica).
- Ondas R altas y depresión del segmento ST.
- Bloqueo de rama izquierda posible.
- Correlación escasa entre ECG y gravedad de la estenosis.
- ECG normal posible en estenosis aórtica grave.



Ecocardiograma

- Hipertrofia ventricular izquierda y tabique.
- Válvula aórtica con ecos densos y múltiples.
- Evaluación de la gravedad de la estenosis.
- Medición del área valvular y gradiente transvalvular.
- Detección de calcificación valvular y afectación mitral.



CARDIOLOGÍA

INSUFICIENCIA

AORTICA

VALVULOPATÍAS

ETIOLOGIA

- Afección reumática
- Endocarditis bacteriana
- Rotura traumática de la válvula
- Anomalías congénitas (válvula bicúspide, válvula fenestrada)
- Dilatación de la aorta ascendente o raíz aórtica
- Síndrome de Marfan
- Artritis reumatoide
- Espondiloartritis anquilopoyética

CUADRO CLINICO

- Asintomática durante muchos años
- Palpitaciones
- Disnea de esfuerzo
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- Edema agudo de pulmón (en casos agudos)
- Dolor torácico
- Claudicación del ventrículo derecho



EXPLORACION FISICA

- Balanceo del tórax y cabeza (signo de Musset)
- Pulso de Corrigan
- Doble latido (pulso bisferiens)
- Pulso capilar (signo de Quincke)
- Presión diferencial amplia
- Latido apical amplio y desplazado
- Soplo sistólico y diastólico decrescendo
- Soplo de Austin Flint (mesodiastólico apical)
- Ruidos de pistoletazo sobre arterias periféricas
- Doble soplo crural de Duroziez

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

RADIOLOGICOS

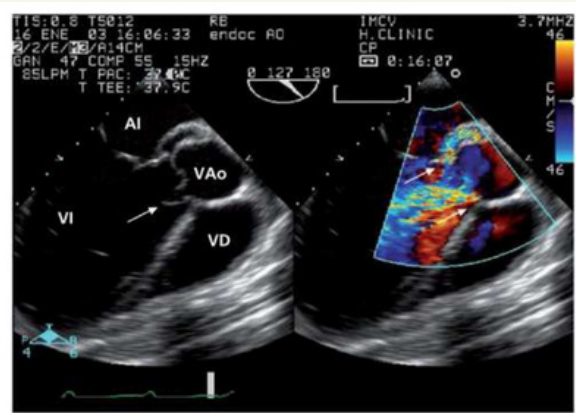
- Dilatación ventricular izquierda (excepto en formas agudas)
- Dilatación de la raíz aórtica
- Elongación aórtica (más acusada si es causa de incompetencia valvular)
- Imágenes características de fallo ventricular izquierdo en campos pulmonares

ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)

- Ritmo sinusal (salvo en valvulopatía mitral asociada)
- Signos de crecimiento ventricular izquierdo (sobrecarga diastólica)
- Depresión del segmento ST en estadios avanzados
- Desvío del eje eléctrico a la izquierda
- Prolongación del intervalo PR

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER

- Valoración del grado de regurgitación valvular
- Repercusión sobre el ventrículo izquierdo (diámetros, volúmenes, fracción de eyección)
- Dimensiones de la raíz aórtica y aorta ascendente
- Determinación de la etiología (endocarditis, disección de aorta, válvula bicúspide)
- Seguimiento periódico de pacientes



OTRAS TECNICAS

- Tomografía Computarizada (TC) para seguimiento de dilatación aórtica
- Resonancia Magnética (RM) para valorar regurgitación y función ventricular

Bibliografía

- Harrison. Medicina interna Tomo 2-20va edición
- Farreras Rozman Medicina Interna 19a Edición
2020
- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de
Cardiología en valvulopatías