



**Adriana Itzel Gallegos Gómez.**

**Romeo Suarez Martínez.**

**Temas cardiología**

**Cardiología.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**5to semestre.**

**“B”.**

Adriana Gallegos

# CARDIOPATÍAS

## CONGÉNITAS

### Generalidades:

- Cardiopatía congénita más frecuente a cualquier edad es la válvula aórtica bicúspide.
- Segunda  $\rightarrow$  CIV en neonatos, CIA en adultos
- Formas cianóticas  $\rightarrow$  recién nacido  $\rightarrow$  TGV y 1er año de vida  $\rightarrow$  tetralogía de Fallot



### Clinica:

- **Cortocircuitos izquierda - derecha:** hiperflujo pulmonar, IC congestiva e HT pulmonar con 4 2do ruido, cambios irreversibles en arteriolas pulmonares, Sx de Eisenmenger
- **Cortocircuitos derecha - izquierda:** cursan con hipoflujo pulmonar, hipoxia crónica con reorganizaciones puntuales y cianosis.

excelente

## CIA

Defecto de cierre en la pared que separa las aurículas



### Clasificación:

- **Ostium secundum:** 90% de los casos. En zona central del tabique interauricular
- **Ostium primum:** típico del Sx de Down, situado en parte baja del tabique interauricular, cerca de las válvulas AV.
- **Seno venoso:** localizado en la parte más alta del septo, cerca de la desembocadura de la vena cava superior.

## Fisiopatología:

Las CIA ostium secundum pequeñas pueden cerrarse espontáneamente. Los px suelen desarrollar insuficiencia cardíaca. La clínica es consecuencia del corto circuito I → D se establece a nivel auricular y condiciona un hiperflujo pulmonar.

## Clínica:

Más frecuente → asintomática, hay casos que desarrollan ICC que finalizan en SX de Eisenmenger.

## DX:

- Auscultación
- Rx de tórax
- Cateterismo
- ECG
- Ecocardiograma

## Tx:

Intervención → crecimiento de cavidades derechas, defectos importantes ( $> 6-7$  mm) o embolios paradójicos.

- Cierre percutáneo en casos de CIA ostium secundum, edad óptima 3-6 años.

- 4-6 meses de edad → 1°

**CIV** Cardiopatía congénita más frecuente. Es un defecto de cierre del tabique que separa los ventrículos.

## Fisiopatología:

Orificios pequeños no existe traducción fisiopatológica y un porcentaje alto cierra espontáneamente hacia el 1er año de vida.

## Clínica y dx:

CIV pequeñas → asintomáticas.

CIV grandes → IC en los primeros meses de vida.

Auscultación → soplo pansistólico. - ECG - Rx de tórax  
- Ecocardiograma

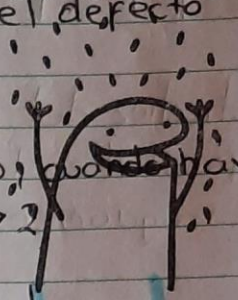
Adriano

Tx:

Casos con IC → diureticos, IECA, cirugía para cierre del defecto hacia los 6-12 meses de edad.

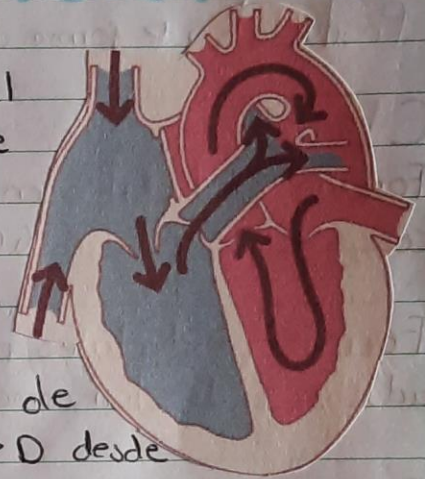
Casos asintomaticos → indicación de cierre del defecto, cuando hay dilatación de cavidades IZq o relación  $Qp / Qs > 2$

excelente



## Ductus arterioso persistente

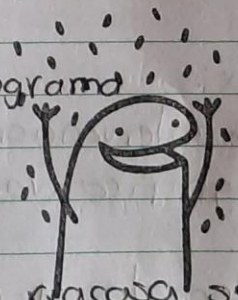
Ausencia de obliteración del ductus arterioso en el recién nacido, persistiendo un conducto que une la aorta, distal a la subclavica IZq, con la arteria pulmonar.



Formas más leves suelen cerrarse durante los primeros meses. En el resto de casos, se origina un cortocircuito I → D desde la aorta hasta la arteria pulmonar que ocasiona

hiperaflujo pulmonar y sobrecarga de vol de las cavidades izquierdas

excelente



Dx:

- Exploración
- Auscultación

- ECG
- Rx de tórax

- Ecocardiograma

Tx:

DAP prematuros → ibuprofeno IV, indometacina IV. Si fracasa se realiza cierre quirúrgico.

## Cardiopatías congénitas acianóticas con flujo pulmonar normal.

# Coartación aórtica

Estrechez del istmo aórtico distal a la arteria subclavio izq, origina dificultad en la eyeción de sangre hacia extremidades inf conservando la irrigación en las sup y craneo.

- Formas preductales → forma infantil, sintomaticos y graves.
- Postductales → forma adulta, frecuentes y leves.

## Clínica:

Formas preductales en el periodo neonatal con insuficiencia cardíaca congestiva y bajo GC

Formas postductales pasan desapercibidos hasta la adolescencia o edad adulta y debutan como HTA.

## DX:

- Exploración
- Auscultación
- Rx de tórax
- ECG
- Ecocardiograma
- TC, RM, cateterismo

## Tx:

Tx intervencionista → presencia de clínica o de gradiente de presión significativo.

Neonatos → cirugía.

# Cardiopatías congénitas cianóticas

Cardiopatía cianótica más frecuente en el recién nacido. Se produce cuando la aorta nace del VD y arteria pulmonar del VI

## Adviang



Toda la sangre que sale del VD pasa a la circulación mayor y regresa al corazón derecho sin oxigenarse. Es viable si coexisten además una o más comunicaciones que mezclen sangre de ambos circuitos.

Dx:

- Ecocardiograma
- ECG
- Exploración
- Rx de tórax

Tx:

Promover comunicaciones entre cavidades cardíacas para asegurar la mezcla de sangre oxigenada y no oxigenada.

2do tiempo → cirugía correctora → Jatene → reimplantar cada arteria en su ventrículo correspondiente  
→ antes de las 3 semanas de vida.

## Truncus

Existencia de una única arteria que sale de la base del corazón y que se ramifica dando lugar a las coronarias, arteria pulmonar y la aorta ascendente, acompañada de una CIV septal baja.

## Drenaje venoso pulmonar anómalo total

Drenaje de las venas pulmonares hacia el corazón derecho, volviendo la sangre hacia la circulación pulmonar.

Tx → quirúrgico.

# Ventriculo unico

Existencia de una cavidad ventricular unica, recibe sangre de las 2 auriculas. Insuficiencia Cardíaca en el periodo neonatal, necesita tx qx, técnica de elección  $\rightarrow$  derivación cavopulmonar total

# Sx de Shone

Hipodesarrollo del corazón izq, la circulación se mantiene gracias al VD y persistencia de una CIA y del ductus arterioso.

# Tetralogía de Fallot

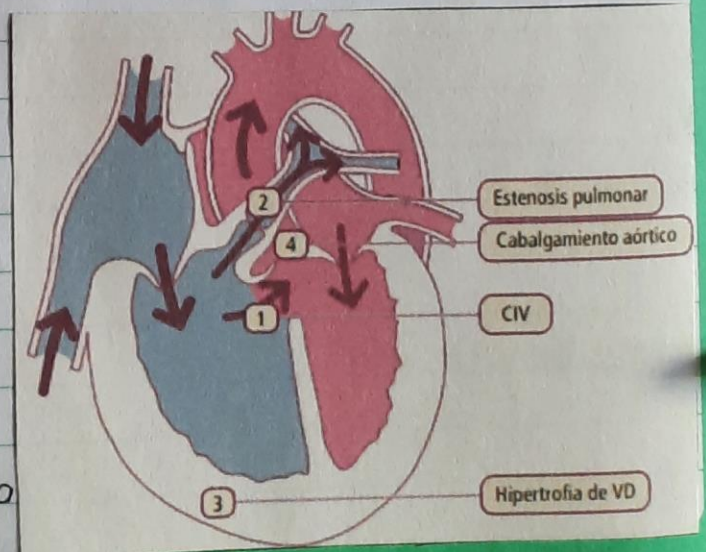
Cardiopatía congénita cianótica más frecuente, no produce síntomas al nacimiento sino a lo largo del periodo de lactancia:

Coexistencia de 4 malformaciones:

- Estenosis pulmonar infundibular.
- Hipertrofia del VD
- Comunicación interventricular.
- Cabalgamiento aórtico.

Fisiopatología:

Dificultad al flujo de sangre a través del tracto de salida del VD condiciona la hipertrofia progresiva del mismo.



Adriana

## Clinica:

RN sano, que a lo largo de la lactancia, comienza con crisis de cianosis con esfuerzos físicos y llanto.

## Dx:

- Ecocardiograma
- Rx de tórax
- Auscultación
- ECG

## Tx:

Llanto → tranquilizar al niño, sino existe respuesta se realiza cirugía emergente paliativa

Tx definitivo → cirugía correctora → 4-6 meses de vida

# Anomalia de Ebstein:

Implantación baja de la válvula tricúspide, especialmente del velo septal, da lugar a un VD pequeño y AD grande.

## Clinica:

Insuficiencia cardíaca, hipoxia pulmonar.

## Dx:

- Ecocardiograma
- Cardiomegalia
- Rx de tórax

## Tx:

Sustitución o reparación qx de la válvula tricúspide, con reconstrucción de la porción atrializada del VD.

Si el VD es muy hipoplásico → derivación cardiopulmonar total.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Filgueiras Rama, D., Bagudá, J., Román, A., Loughlin Román, G., Martín Asenjo , R., Rey Blas, J., & Salguero Bodes , R. (2014). Manual CTO de medicina y cirugía. Madrid: CTO. Franco Diez, E.,

Campos Pavón, J., Suarez Barrientos, B., Suárez Barrientos, A., Sánchez Vadillo, I., Gallo Santacruz , S., & Ammari Sánchez Villanueva , F. (2019). AMIR. CD.