



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dr. Romeo Suarez Martinez

REPORTES

PASIÓN POR EDUCAR

CARDIOLOGÍA

5" B

Comitán de Domínguez Chiapas a Diciembre de 2024

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

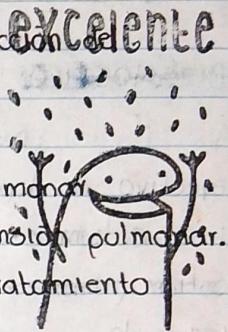
GENERALIDADES

- La cardiopatía congénita más frecuente en la población general a cualquier edad es la válvula aórtica bicúspide.
- La segunda más frecuente es la CIV en neonatos y CIA en adultos.
- De las formas cianóticas la más frecuente en el RN es la TGV y, a partir del primer año de vida es la tetralogía de fallot.

CLÍNICA

Las cardiopatías congénitas se diferencian clínicamente en función de la dirección del flujo sanguíneo entre las cavidades cardíacas (shunt)

Coartocircuito izquierda-derecha (I→D): Manifestaciones de hiperflujo pulmonar, infecciones pulmonares recurrentes, insuficiencia cardíaca y riesgo de hipertensión pulmonar. En casos avanzados, síndrome de Eisenmenger con cianosis. El único tratamiento definitivo es el trasplante cardiopulmonar.



Coartocircuito derecha-izquierda (D→I): Cursan con hipoaflujo pulmonar, hipoxia crónica y cianosis. La hipoxemia puede llegar a originar policitemia con riesgo de trombosis cuando el hematocrito es mayor al 65%. Puede haber complicaciones como abscesos cerebrales y embolias paradójicas.

ACIANÓTICAS

comunicación intraauricular

Es la existencia de un defecto de cierre en la pared que separa las aurículas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DEL DEFECTO SEPTAL

Ostium secundum: 90% de los casos. Situado en la zona central del tabique interauricular (fosa oval).

Ostium primum: Típica del síndrome de Down. Se ubica en la 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

Cielo Fernández Colín.

CLÍNICA y DIAGNOSTICO

Las CIV pequeñas son asintomáticas; las grandes pueden producir insuficiencia cardiaca en los primeros meses de vida.

Auscultación: Soplo pansistólico paraesternal izquierdo áspero y fuerte

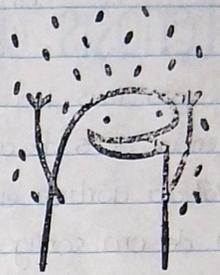
ECG: Sobrecarga de ambos ventrículos y de la AI

Radiografía de tórax: Cardiomegalia con plétora pulmonar

Ecocardiograma: Técnica diagnóstica de elección

Cateterismo: Salto oximétrico en VD

excelente



TRATAMIENTO

• Insuficiencia cardiaca → Diuréticos e IECAs (digoxina); Programación de cirugía para cierre del defecto hacia los 6-12 meses de edad

• En casos asintomáticos, la indicación de cierre del defecto se establece cuando hay dilatación de cavidades izquierdas o relación $Qp/Qs > 2$

• Cierre percutáneo (por cateterismo).

conducto arterial persistente

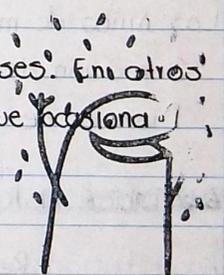
Consiste en la ausencia de obliteración del ductus arterioso en el RN, persistiendo un conducto que une la aorta distal a la subclavia izquierda, con la arteria pulmonar

factores de riesgo: Prematuridad e infección materna por rubeola.

excelente

FISIOPATOLOGIA

Las formas más leves suelen cerrarse espontáneamente durante los primeros meses. En otros casos, se origina un cortocircuito I→D desde la aorta hacia la arteria pulmonar que ocasiona hiperflujo pulmonar y sobrecarga de volumen de las cavidades izquierdas.



DIAGNÓSTICO

Exploración: Pulso celer y saltón; signos de insuficiencia cardiaca; se palpa un thrill

Auscultación: Soplo en maquinaria de Gibbon

ECG: Sobrecarga de corazón izquierdo

Radiografía de tórax: Plétora pulmonar, crecimiento de corazón izquierdo

Ecocardiograma: Confirma el diagnóstico.