



**Marvin López Roblero**

**Romeo Suarez Martínez**

**Cardiología**

**Resúmenes**

**5°**

**“B”**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de diciembre del 2024.

## Coartación de aorta

consiste en un estrechamiento de la luz aórtica. Forma más frecuente la coartación aórtica postductal.

Predomina en el varón. Se asocia a otras anomalías en la postductal, la más común es la válvula aórtica bicuspidé, ductus permeable, síndrome de Turner, riñón poliquistico.

### Exploración

- Existe hipertensión en las extremidades superiores, y pulsos débiles con presiones más bajas en las inferiores (diferencias mayores de 10-20 mmHg)

- ruidos de Rösler

### Pronóstico y Tratamiento

Las complicaciones puede afectar a la propia aorta o a estructuras adyacentes a la aorta. Si no se realiza ningún tratamiento, la supervivencia media es de unos 40-50 años

En neonatos en situación crítica por coartación preductal la cirugía de resección del segmento coartado con anastomosis será precoz.

En casos no urgentes la indicación vendrá dada por un gradiente de presión transcórtica superior a 20 mmHg o con hipertensión arterial técnica: resección y anastomosis término-terminal

- aortoplastia con colgajo y de subclavia o con parche de amplificación

## Clínica

La forma preductal suele producir manifestaciones precoces, no sobreviven al periodo neonatal.

El pronóstico es mucho mejor en la forma postductal. Los síntomas suelen presentarse a los 30 años, por la hipertensión arterial y al hipoflujio en miembros inferiores, siendo lo más frecuente cefalea, epistaxis, frialdad en las extremidades inferiores y claudicación.

### Exploraciones complementarias

EKG: desviación del eje eléctrico a la izquierda y signos de HVI.

Radiografía de tórax: signo de Rösler y el signo de la "3" en la aorta, el signo de la "E" en el esofagograma con bario

Eecardiografía: útil para el dx

## Tetralogía de Fallot

Es el resultado de una sola anomalía del desarrollo: un desplazamiento anterior y caudal anormal de la zona infundibular y del tabique interauricular. Surgen 4 anomalías que caracterizan este trastorno:

- 1) una CIV
- 2) estenosis pulmonar
- 3) un sobreligamiento de la arteria pulmonar
- 4) HVD

### Fisiopatología

El corto circuito es de derecha a izquierda (cuando hay cianosis) debido a la estenosis pulmonar.

La disminución de las resistencias periféricas, los espasmos infundibulares o el aumento brusco del retorno venoso aumentan el corto circuito de derecha a izquierda.

### Tratamiento

crisis hipoxémicas: administración de oxígeno; vasodilatadores como la noradrenalina o la colocación del niño en posición genupectoral o agachado, morfina

acidosis: morfina, bicarbonato

β-bloqueantes para reducir el infundibulo pulmonar

En casi todos los pacientes con

Tetralogía de Fallot se recomienda la corrección quirúrgica completa entre los 3-6 meses de edad.

Es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente después de la infancia con una prevalencia de 5 de cada 10,000 recién nacidos vivos. Asociado con más frecuencia al cardíaco aéreo del lado derecho (a5-V1).

### Clínica

Al año de edad, casi todos los pacientes padecen cianosis en reposo. Las crisis hipoxémicas son más frecuentes a partir de los 5 o 6 meses. Se puede complicar por infartos y abscesos cerebrales producidos por embolías paradójicas.

La exploración puede mostrar cianosis, taquipnea y retraco en el crecimientos. Se ausculta un soplo de EP.

El EKG muestran un crecimiento de las cavidades derechas con eje derecho, y el bloque de rama derecha. Radiografía de tórax: silueta cardíaca en forma de "vaca o bota" y signo del "hachazo".

La ecocardiografía, la TC o la resonancia magnética confirman el dx.

## D-transposición de grandes arterias

La aorta se origina en el VD, a la derecha y por delante de la AP. La arteria pulmonar se origina en el VI por detrás de la aorta.

Es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente al nacimiento. Predomina en los varones.

### Clínica

Presentan cianosis intensa desde el nacimiento, que aumenta al cerrarse el foramen oval y el ductus (que es vital que permanezca permeable si no existe otro, por lo que se emplea prostaglandina E1)

### Pronóstico y Tratamiento

Si no se trata esta alteración fallecen más del 90% de los pacientes en el primer año de vida.

Actualmente, la corrección anatómica en una sola etapa, mediante switch anormal de Janette, es el procedimiento de elección. Conviene realizarla antes de 2 o 3 semanas.

Es necesaria la existencia de comunicación entre ambas (foramen oval permeable, CIA, DAP y/o CIV)

La radiografía de tórax muestra hiper-  
inflado pulmonar, con la base cardíaca  
más estrecha. La confirmación del dx  
se puede realizar mediante ecocardiografía,  
angio-TC or RM