



Ana Kristell Gómez Castillo.

Dr. Romeo Suarez Martínez

Cardiopatías congénitas.

Cardiología.

5 "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas. A 13 de diciembre 2024.



Comunicación Interauricular

Es una abertura persistente del tabique interauricular des pues del nacimiento

Permite la comunicación directa entre las AI y AV.



1 de cada 1.500 recién nacidos vivos.

Imperfección tipo Ostium Primum
- fusión errónea del septum primum con los almas halitos cndo ca a dca.

Surge por la reabsorción excesiva Desarrollo insuficiente del septum primum.

Frecuente región es el Orificio Oval
- Ostium secundum

Tipo seno Venoso
- Parte superior de tabique auricular proximo a la entrada de la vena cava superior.

Orificio Oval permeable
20% de la población general.

Menor frecuencia
- Inferior del tabique interauricular.
OOP
Asintomático
Unidireccional.

Sintomas

- Asintomáticos
- Dificultad de esfuerzo
- fatiga
- Infecciones recurrentes de los vias respiratorias bajas.



Sin complicación: Al a AD pero no al contrario. El flujo a través del defecto depende del tamaño y de las propiedades de llenado de la ventrícula derecha aumentada.

Después del nacimiento, disrincibilidad ventricular derecha es más elevada que de el VI.

Embolia Paradojica! puede afectar aun paciente que haya sufrido una embolia sistémica.



Adulto

- fatigabilidad
- Palpaciones **excitables**

Exploración física.

Palpacion un impulso sistólico predominante a lo largo del extremo inferior izquierdo del esternon.

- Supone una contracción del VI dilatado.



Ana Krustel

excelente

COMUNICACION INTERVENTRICULAR



CARDIOLOGIA

Es una abertura anormal en el tabique interventricular

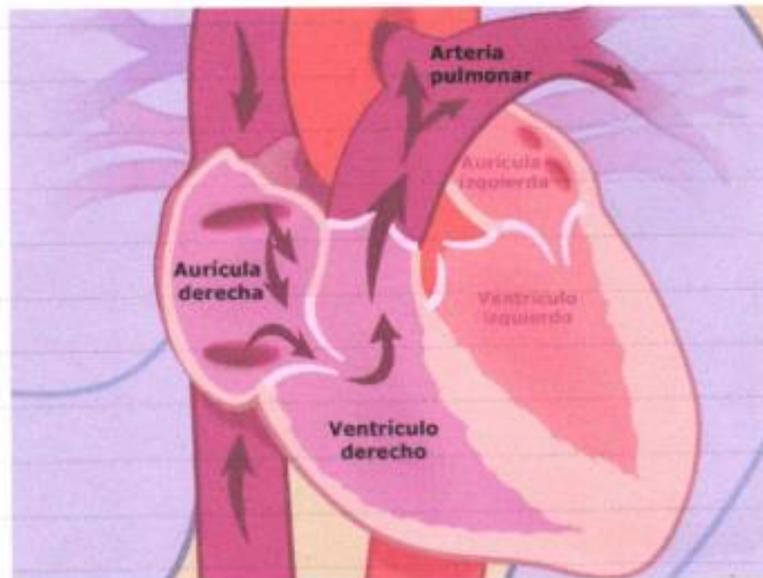


Epidemiología:

- Frecuentes
- Incidencia: 1.5 a 3.5 de cada 1000 recién nacidos vivos.

Situación en:

- 70% Membranosas
- 20% Musculares del tabique.



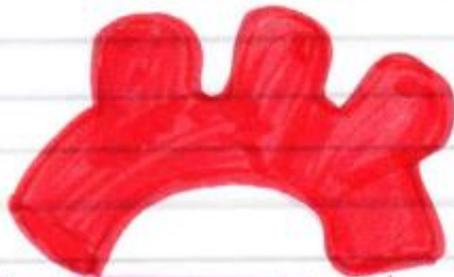
Menor frecuencia:

Se localizan justo debajo de la válvula aórtica o en los conos adyacentes a las válvulas AV.



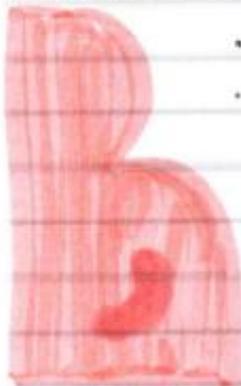
sigue así

COARTACIÓN DE LA AORTA



Coartación preductal 2%

En la que el estrechamiento se sitúa en la forma proximal del conducto



- Durante la vida fetal
- Anomalia intracardiaca
- Menor flujo sanguíneo a través de todo el resto del corazón
- Conlleva un desarrollo hipoplásico de la aorta.

• Estrechamiento diferenciado de la luz de la aorta.



Incidencia

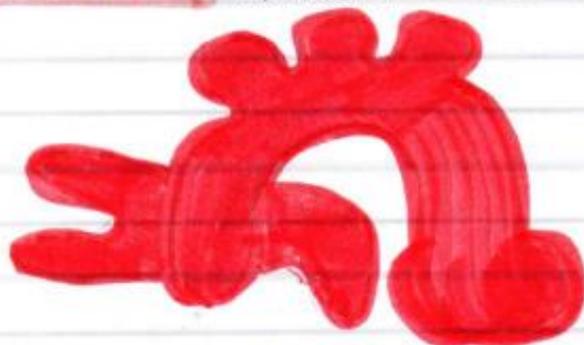
• 1 de cada 6.000 recién nacidos vivos

• Pacientes con síndrome de Turner.



Coartación postductal: 98%

- Extensión del tejido del conducto muscular en la aorta.
- Cuando el tejido del conducto se contrae después del nacimiento



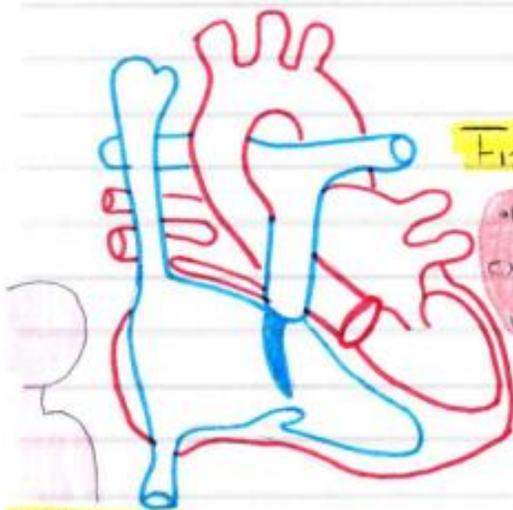
• El tejido ectópico de la aorta se contrae y crea una obstrucción

ESTENOSIS PULMONAR

Se puede dar a nivel de la valvula pulmonar

Estenosis valvular es la forma mas frecuente.

10% de los pacientes con otros formas de cardiopatía congénita



Fisiopatología

• Obstrucción de la expulsión sistólica ventricular derecha

Aumento de presión VD y hipertrofia ventricular.

Diagnósticos

Rx torax.

• Aumento de aurícula derecha.

ECG

• Hipertrofia ventricular D
• Desviación de eje.

ECOCARDIOGRAM.

• Morfología. determina hipertrofia VD

Clinica:

- Leve a moderada: Asintomáticos
- EF: Periodid
- Severa: Disnea de esfuerzo, intolerancia al ejercicio de competición.

Tratamiento.

Leve: No requiere tratamiento
Severa: Dilatación de la valvula estenótica

VALVULOPLASTIA TRANSCATETER CON BALÓN

Exploración física

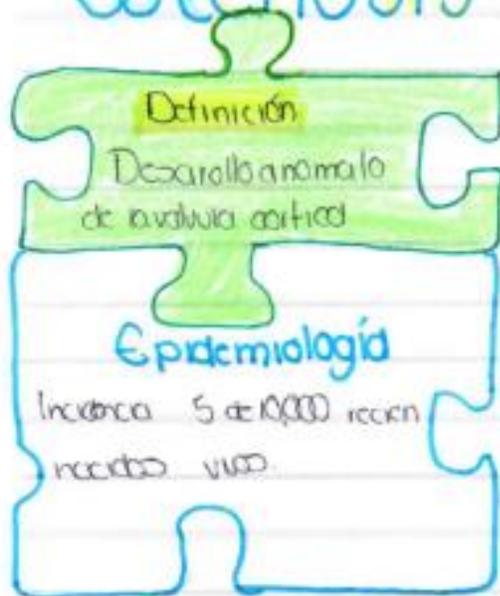
- Dependen de e intensidad
- Severa: Onda a prominente de la vena yugular.
- Soplo sistólico de ección
- Amplio desde nacimiento de F2 con uncomponente a.

Moderado: ruidos de ección pulmonar

• El chic de ección pulmonar disminuye de intensidad.



Estenosis Aortica Congenita



Clinical

Insuficiencia cardíaca al año

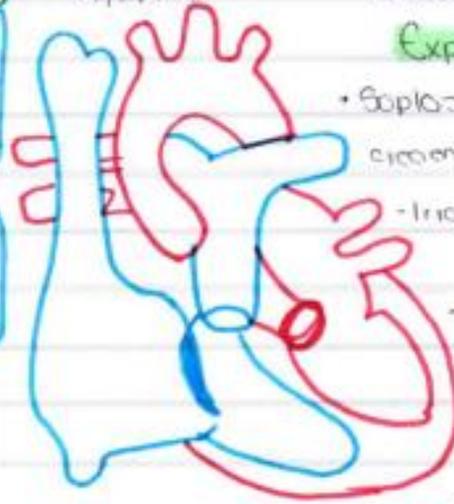
- Taquicardia
- Retraso de crecimiento
- Taquipnea
- Alimentación deficiente.



Explotación física

- Soplos sistólicos aórtica creciente y decedente

- Irradiación hacia cuello



Tratamiento

- Leve: No corregirse.
- Profundo de insuficiencia severa: intervención valvuloprotésica con balón.

La válvula aórtica en EA tiene una estructura de válvula bicuspidé en lugar de una configuración de tres válvulas.



Diagnóstico

Pix torax

- VI mayor tamaño aorta descentente dilatada.

ECG

- Hipertrofia VI

Ecocardiograma

- Estructura y grado de hipertrofia

Cateterismo

- confirma el gradiente de presión a través de válvula
- aumento en la carga de presión.

Fisiopatología

Orificio valvular se estrecha

la presión sistólica VI aumenta para bombear el sangre

VI se hipertrofia

El chorro de sangre a gran velocidad que atraviesa se impacta contra pared aórtica

condiciona la dilatación del vaso



REFERENCIA