



Hospital General de Niños
Pedro de Elizalde
Cuidando a los niños desde 1779

ATENEO CENTRAL

"NO HAY DOS SIN TRES"

UNIDAD DE CARDIOLOGIA

JULIETA RANCATI

CASO CLÍNICO N°1

EL MÉDICO DE GUARDIA LLAMA AL MÉDICO DE INTERNACION POR:

- Paciente de 1 mes de vida con dificultad respiratoria de 48 hs de evolución y episodio de cianosis peribucal con el llanto
- Examen físico: taquipnea, tiraje intercostal, sibilancias y taquicardia. SatHb%: O2 89.
- Instauró tratamiento con broncodilatadores sin respuesta. Se colocó máscara simple con O2 3 lt y vía periférica con PHP. Ingresó a sala.

En sala:

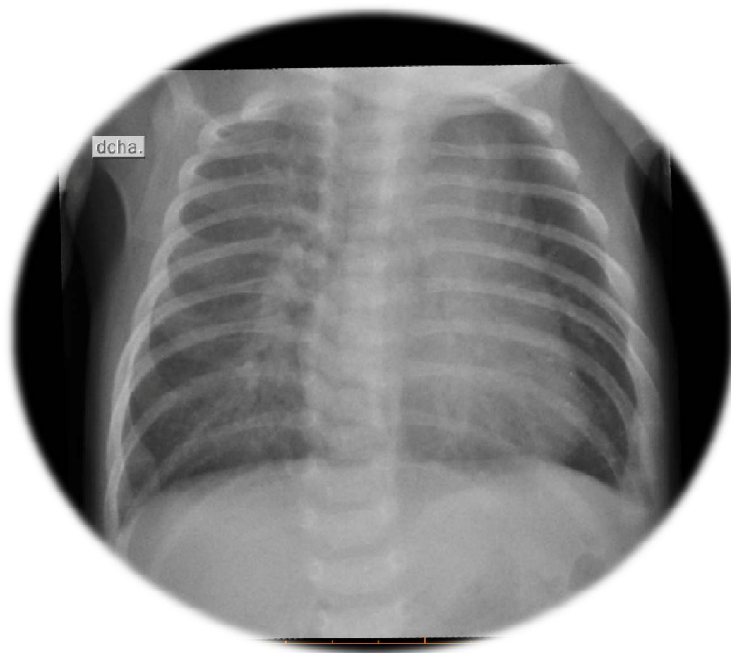
Anamnesis:

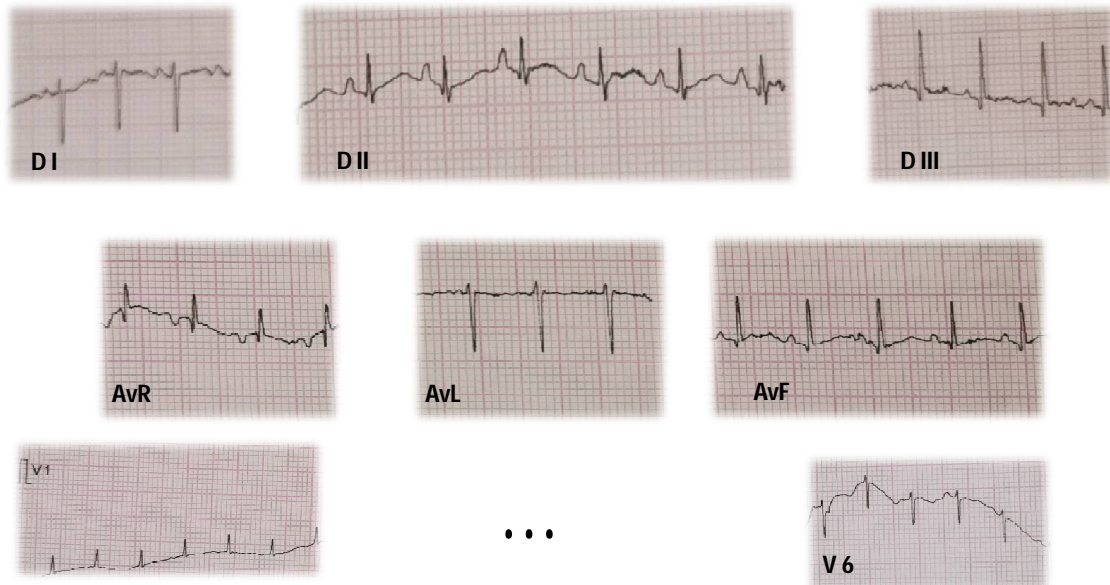
- Regular progreso de peso.
- Estuvo en contacto con familiar con neumonía
- Madre : neurofibromatosis tipo 1.

Examen físico:

- Peso: 3,800kg
- FC 132x' FR 64x' SP O2 96% (MSD) SP O2 86% (MI) TA 80/40 (MSD) T° 36,5°c
- Tiraje generalizado. Murmullo vesicular conservado. No presenta secreciones ni ruidos agregados.
- R1 + R2 + Soplo sistólico eyectivo + en foco pulmonar.

¿Qué estudios complementarios pediría a continuación?





¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

- Distress respiratorio de probable origen infeccioso.
- Hipertensión pulmonar del recién nacido.
- Cardiopatía congénita.

Debido a su sospecha diagnóstica, ud:

¿Continúa tratamiento broncodilatador?

¿Suspende el aporte de oxígeno suplementario?

¿Realiza hemocultivos y coloca antibioticoterapia empírica?

¿Inicia goteo de prostaglandinas?

CASO CLÍNICO N° 2

3 días de vida.
Sin antecedentes perinatólogicos.

Examen físico:

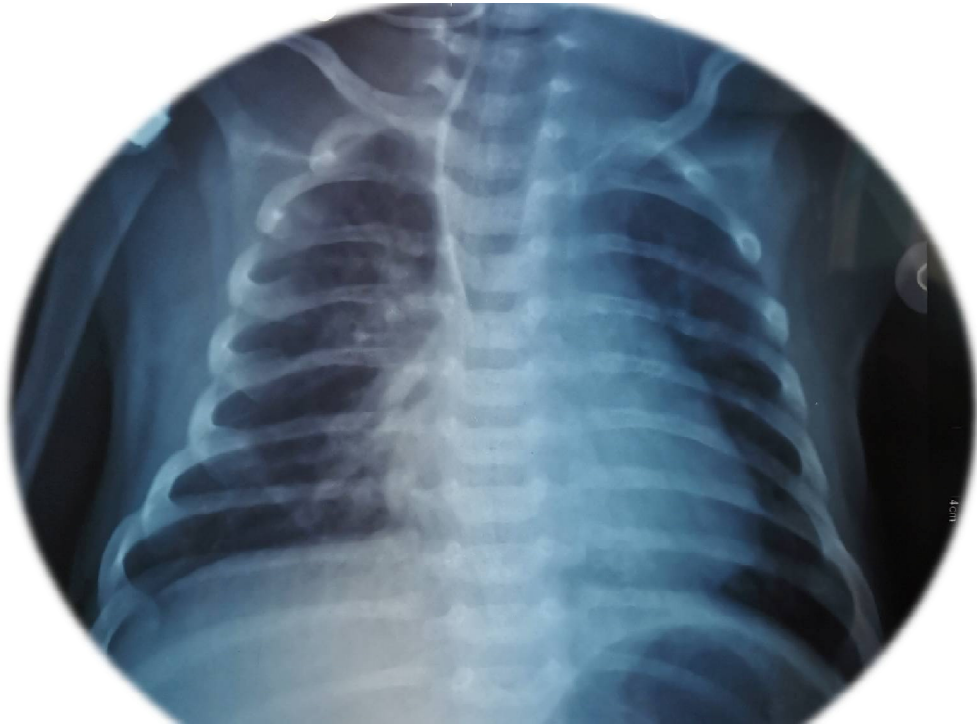
- SPO2 91% sin diferencial. FC 180x'. FR 36x'. T 36,5°C.
- Pálido, llanto débil.
- Tiraje intercostal leve sin ruidos respiratorios agregados.
- Pulsos débiles.
- R1 + R2 + ± soplo sistólico eyectivo + en foco pulmonar que irradia a dorso.

¿Qué conducta tomaría a continuación?

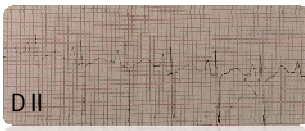
Dado que podría deberse a un cuadro de hipoglucemia por el hipoaporte, realizo determinación rápida de glucemia e indico leche suplementaria por biberón.

Podría ser una sepsis a foco respiratorio, paso a alto riesgo para colocar oxígeno suplementario, pancultivo y antibiótico ev.

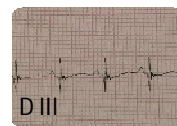
Podría deberse a una cardiopatía congénita. Solicito internar en alto riesgo para mejor valoración. Solicito rx de tórax, ECG y colocación de vía central para infusión de prostaglandinas.



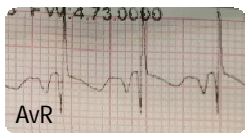
ST 1mm/mV



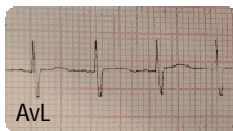
ST 1mm/mV



ST 1mm/mV



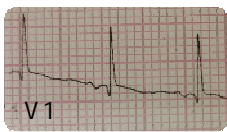
ST 1mm/mV



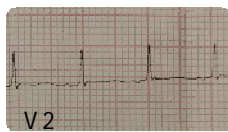
ST 1mm/mV



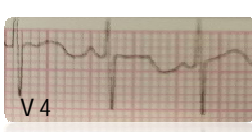
ST 1mm/mV



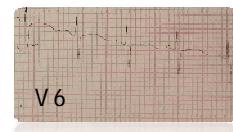
ST 1mm/mV



ST 0.5mm/mV



ST 0.5mm/mV



ST 0.5mm/mV

CASO CLÍNICO N° 3

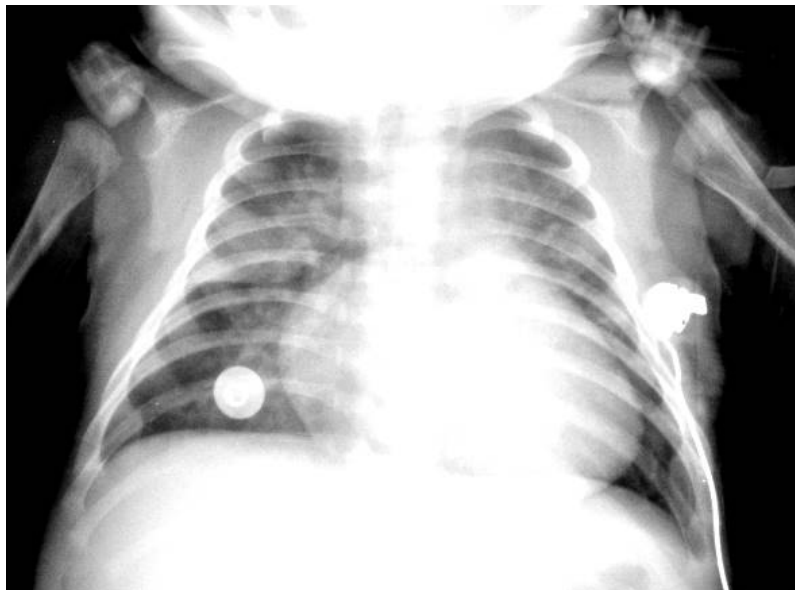
Paciente de 50 días de vida, derivado por cuadro de dificultad respiratoria alta y tos de 72hs de evolución.

Antecedentes:

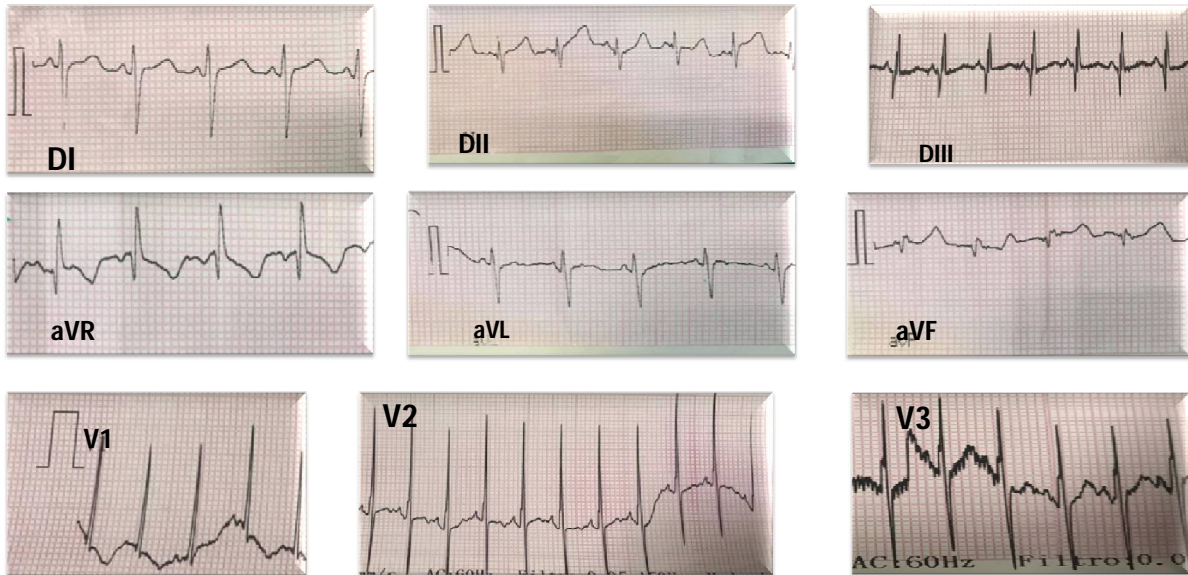
- NT/PAEG. Buen progreso ponderal.
- Madre adolescente, con antecedentes de "arritmia" sin medicación cardiológica. Refiere disnea con la alimentación.
- Accesos de tos emetizante con episodio de cianosis peribucal, valorados por pediatra de guardia.

Examen físico:

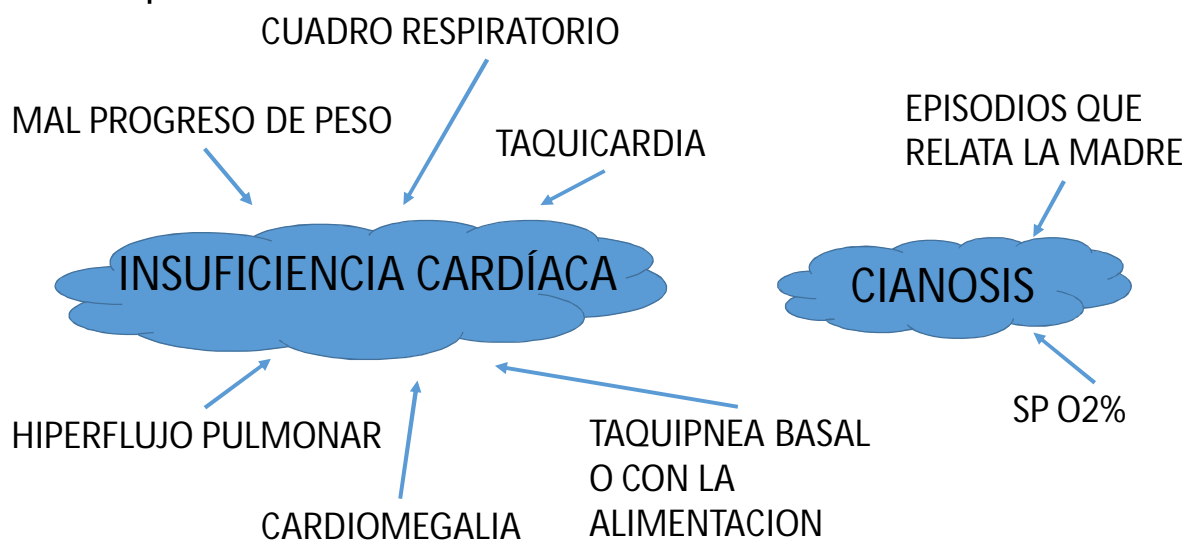
- SatHb%: 84% FC 170lpm FR 50x'. TA 100/60.
- Regular estado general.
- Cianosis +
- Tiraje intercostal con buena mecánica ventilatoria.
- Pulsos presentes, simétricos.
- Hepatomegalia 1cm debajo del reborde costal.
- R1 + R2+ soplo sistólico eyectivo + ± en foco pulmonar.



ECG



¿Por qué pensar en una cardiopatía congénita en estos pacientes?

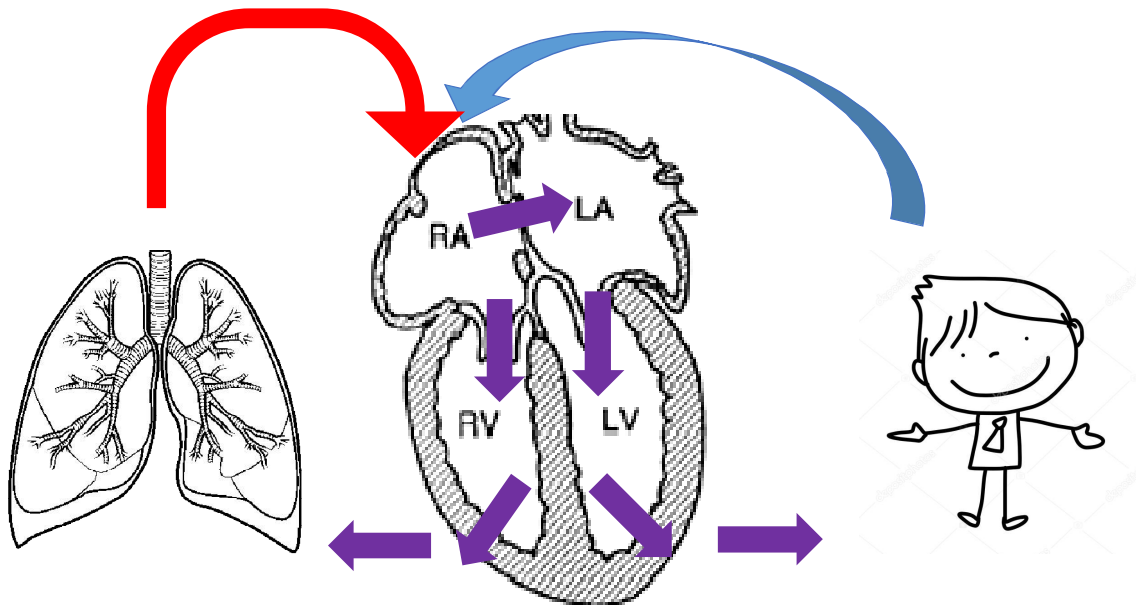


CARDIOPATIA CONGENITA DE ALTO RIESGO

- Aparición precoz (RN)
- >90% de mortalidad temprana en su evolución natural.
- Requieren tratamiento quirúrgico y/o cateterismo terapéutico precoz.
- Pueden ser ductus o CIA dependientes.

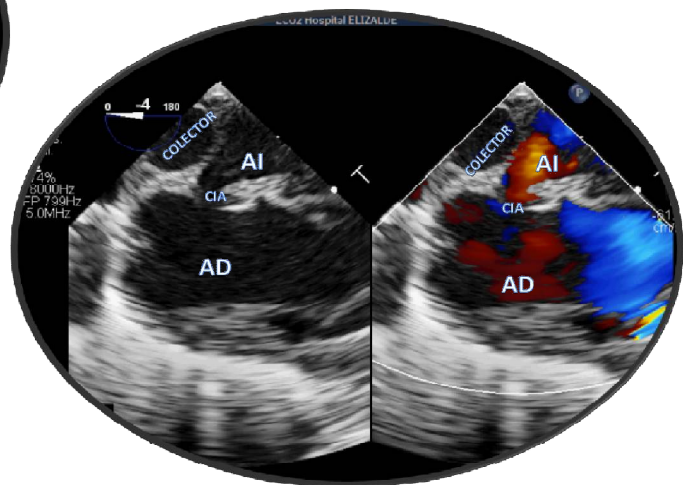
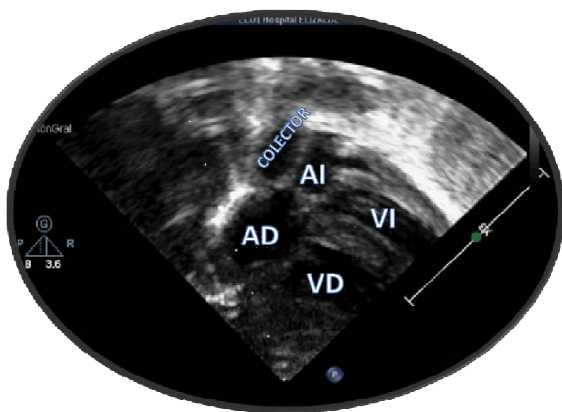
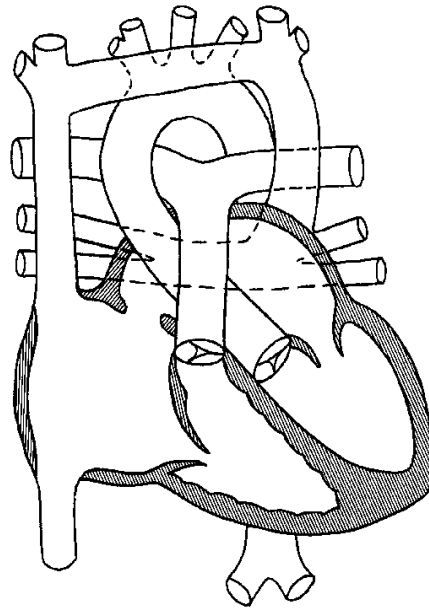
Cardiopatía con
mezcla completa e hiperflujo pulmonar

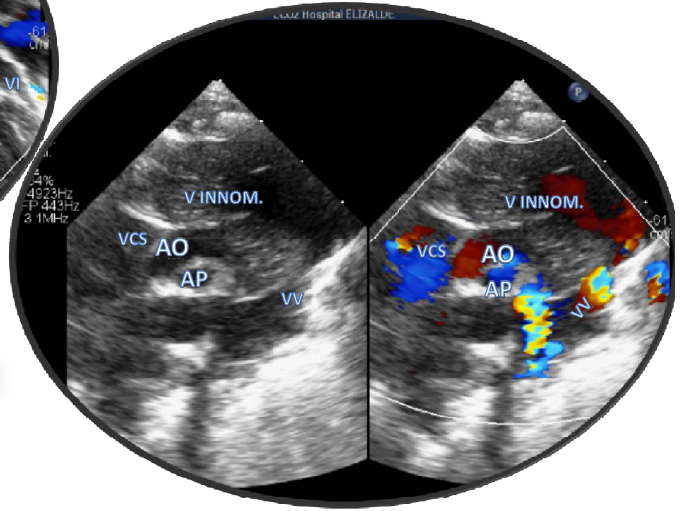
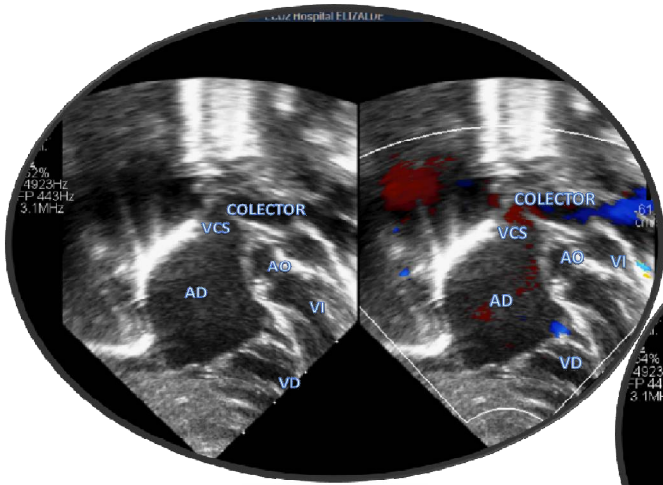
Anomalía total del
retorno venoso pulmonar

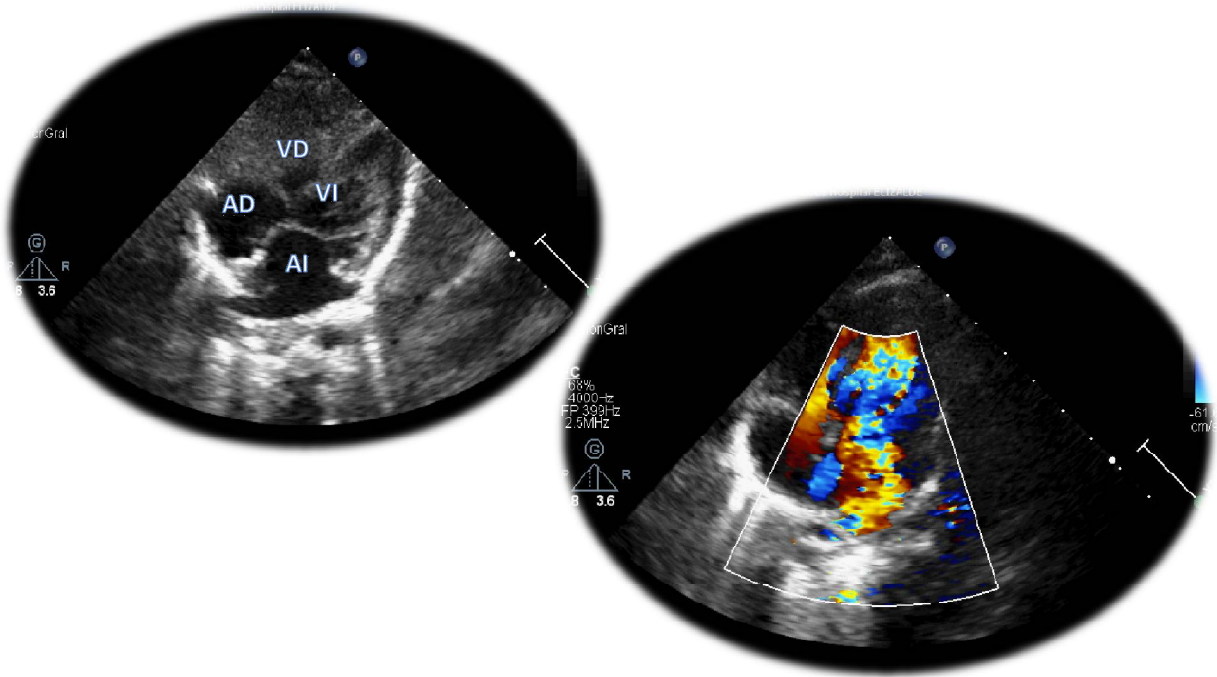


CASO1

Anomalia total del
retorno venoso
pulmonar variedad
supracardíaca en vena
levoatriocardinal.

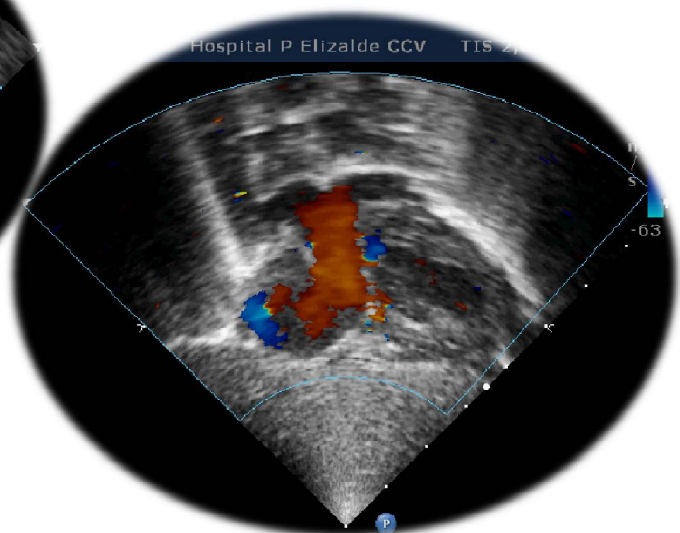
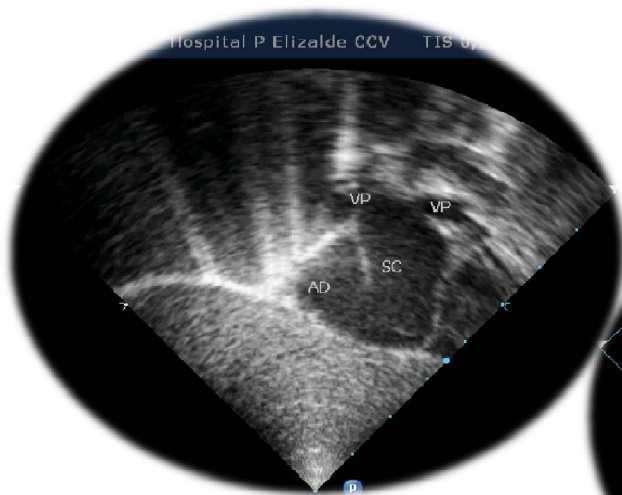
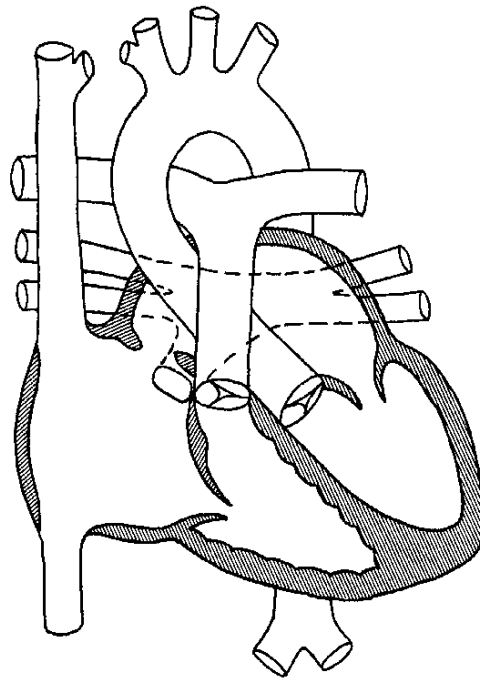


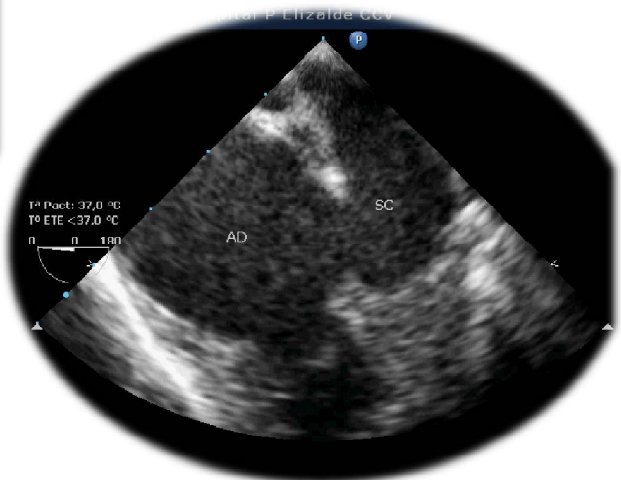
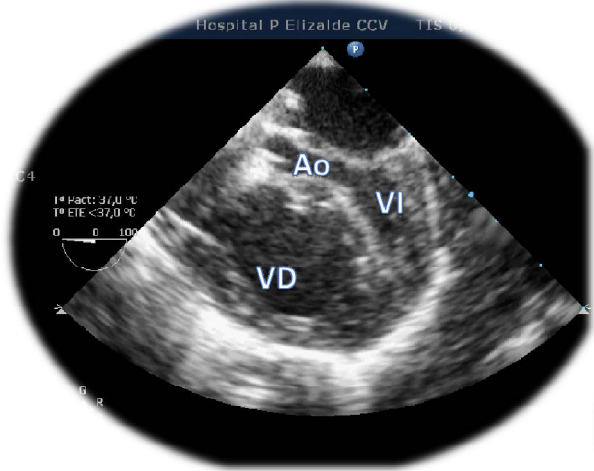
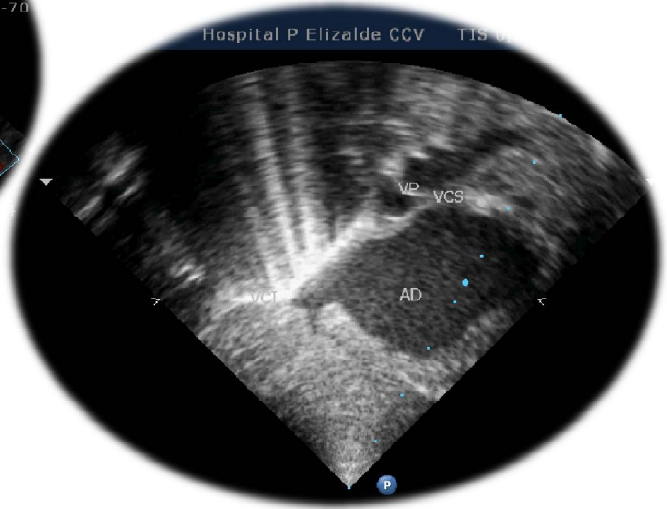
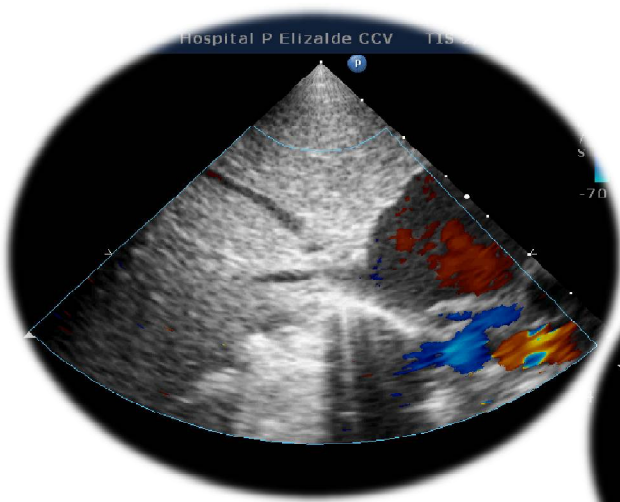


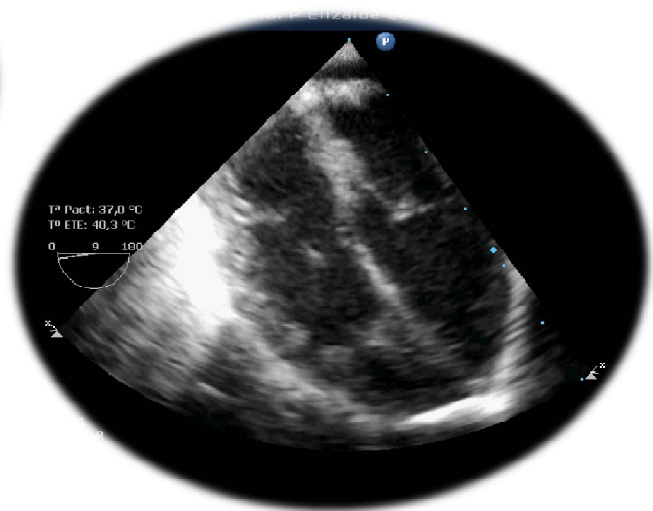
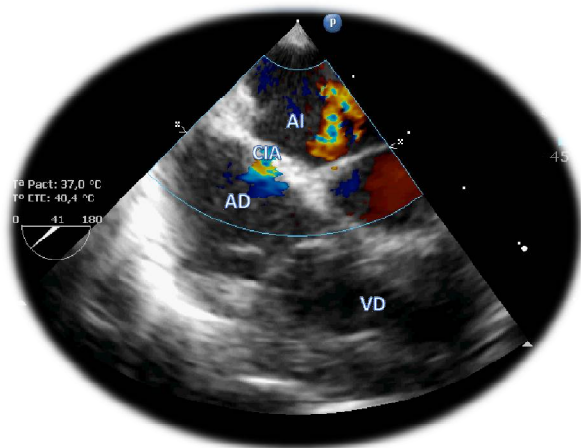
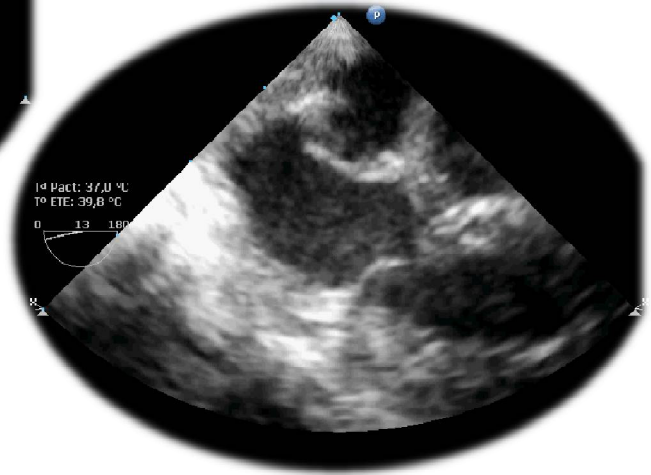
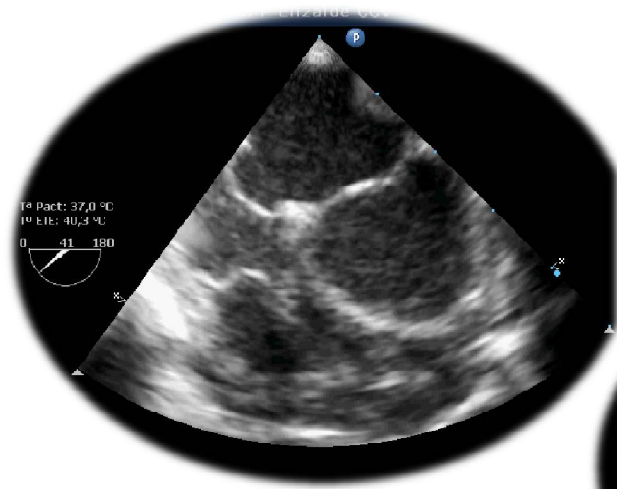


CASO 2

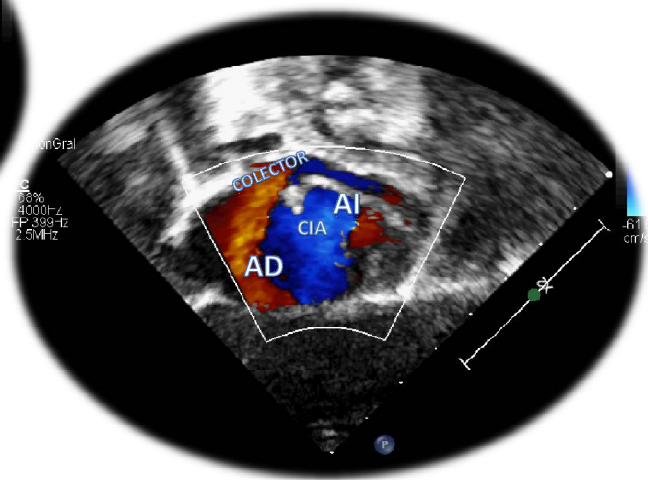
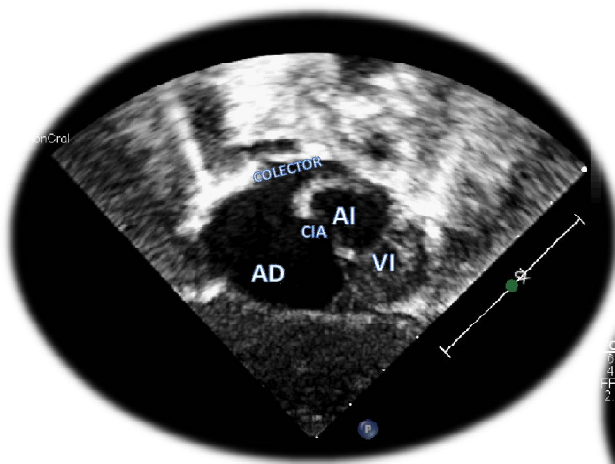
Anomalía total del
retorno venoso
pulmonar variedad
cardíaca en seno
coronario.
CIA restrictiva.







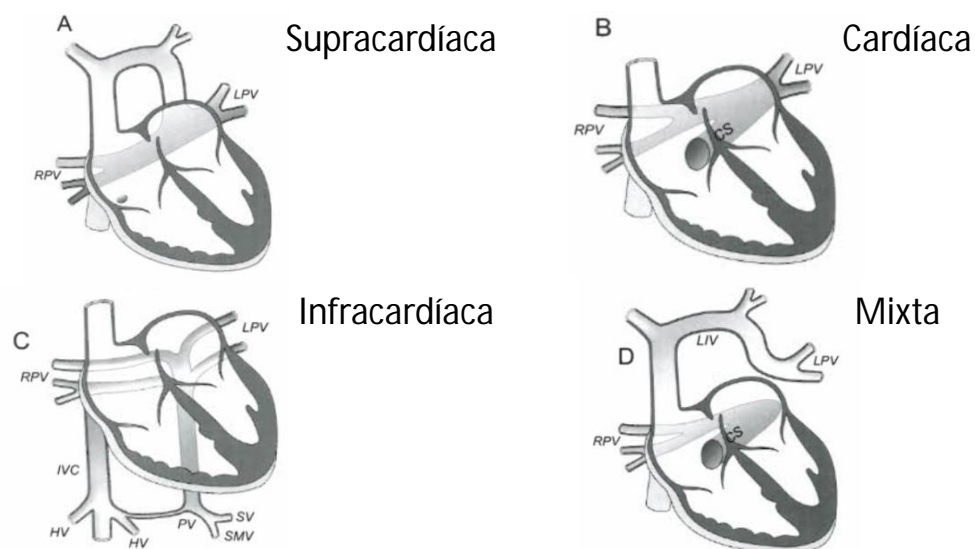
CASO 3



ANOMALIA TOTAL DEL RETORNO VENOSO PULMONAR

- Cardiopatía congénita en la cual todo el retorno venoso pulmonar desemboca en alguna parte del trayecto del retorno venoso sistémico.
- 1 % de las cardiopatías congénitas como cardiopatía aislada.
- Existe una cavidad en la cual se produce la mezcla de sangre oxigenada y sangre desoxigenada: mezcla completa → cardiopatía cianótica.
- Es CIA dependiente (cortocircuito de derecha a izquierda).

Variantes anatómicas



Distintas formas de presentación.

Determinantes principales de la clínica:

- 1) Grado de obstrucción a nivel del colector venoso o de las venas pulmonares.
- 2) Restricción del septum interauricular.
- 3) Presencia de hipertensión pulmonar.
- 4) Cardiopatía asociada.

MUCHAS
GRACIAS

