

SOPLO CARDIACO (actualización septiembre 2025)

Lucía Escribano Gómez

Cardiología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Ana Moriano Gutiérrez

Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Teresa Guixeres Esteve

Pediatría. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

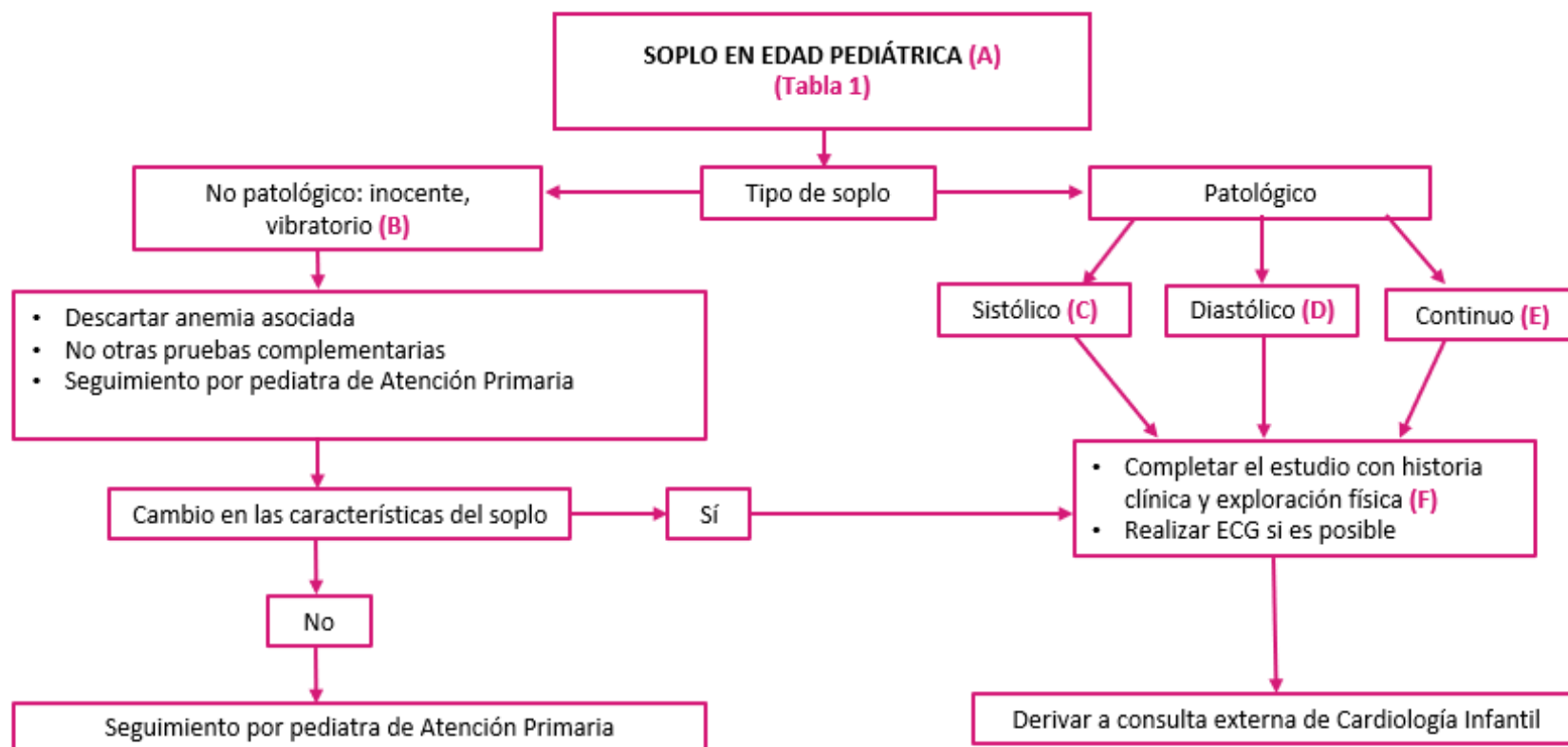
Correo electrónico: anamorianogutierrez@gmail.com

Palabras clave: Soplo. Cardiopatía. Arritmia. Síncope. Palpitaciones.

Key words: Murmur. Heart disease. Arrhythmia. Syncope. Palpitations.

Sección: Cardiología Infantil.

Cómo citar este algoritmo: Escribano Gómez L, Moriano Gutiérrez A, Guixeres Esteve T. Soplo cardiaco. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/119>



A. SOPLO EN EDAD PEDIÁTRICA

La auscultación es esencial en la exploración cardiaca, siendo la herramienta más rentable en el diagnóstico de cardiopatías. Dentro de esta, los soplos cardiacos son un elemento importante, ya que permiten la detección de defectos cardiacos, así como vigilar su curso.

El primer motivo de derivación de un niño a la consulta de Cardiología Pediátrica es por “soplo cardiaco”. Sin embargo, es importante realizar un diagnóstico diferencial a partir de las características auscultatorias de los mismos, pues nos ayudarán a orientar el diagnóstico etológico, así como la actuación posterior¹.

Los soplos pueden ser de características funcionales; también pueden ser soplos sistólicos, diastólicos o continuos².

El primer ruido cardiaco S1 ocurre por el cierre de las válvulas auriculo-ventriculares (AV). El segundo ruido cardiaco S2 ocurre por el cierre de las válvulas sigmoideas. El tercer ruido ocurre al final del llenado diastólico rápido. Y el cuarto ruido se genera por vibraciones que resultan de la contracción atrial.

El ritmo de galope implica patología y el resultado de la combinación de un tercer y cuarto ruido fuertes junto a taquicardia. Se produce en casos de insuficiencia cardiaca congestiva.

Tabla 1. Soplos y ruidos que ocurren en la auscultación²

Tipo	Subtipo	Características	Patología asociada
Soplo	Funcional	• Suaves, cortos, sin síntomas, varían con la posición • Se oyen durante la sístole	• Soplo de Still, soplo de ramas pulmonares
	Sistólico orgánico	• Más intensos, fijos, pueden acompañarse de síntomas • Ocurren entre S1 y S2	• Estenosis de las válvulas sigmoideas • Insuficiencia de las válvulas AV • Comunicación interventricular
	Diastólico	• Ocurren entre S2 y S1 • Son todos patológicos	• Insuficiencia de las válvulas sigmoideas • Estenosis de las válvulas AV
	Continuo	• Se escuchan durante todo el ciclo cardiaco	• Ductus arterioso persistente y coartación de aorta severa
Desdoblamiento S2		• Solo en foco pulmonar • En todos los focos • Segundo ruido fuerte	• Solo en foco pulmonar: normal en los niños • En todos los focos: comunicación interauricular • Segundo ruido fuerte: hipertensión pulmonar
Clics	Sistólicos	• Sonidos agudos durante la sístole, pueden variar o no con la respiración	• Clic de la válvula mitral se ausculta mejor en la zona apical con el paciente de pie o en decúbito lateral izquierda: prolapso de la válvula mitral • Clic de eyección de la estenosis de la válvula aórtica y pulmonar: – Aórtica: se ausculta mejor en el borde esternal derecho y no cambia con la respiración – Pulmonar: se ausculta mejor en el borde esternal izquierdo y cambia con la respiración
Chasquidos	Diastólicos	Sonidos agudos al inicio de la diástole	Estenosis mitral, estenosis tricúspide

AV: auriculo-ventriculares.

B. NO PATOLÓGICO

Los soplos funcionales² son detectados en corazones anatómicamente normales durante la infancia o la adolescencia, sin transcendencia clínica (ni hemodinámica ni orgánica). Su pico máximo se encuentra a los 5 años de edad y la frecuencia disminuye entre los 10-14 años.

La valoración de soplo no debe ser aislada, sino que se debe tener en cuenta la historia clínica y exploración física. También nos podremos apoyar en pruebas complementarias, como el electrocardiograma y la radiografía de tórax, aunque no han demostrado cambiar el diagnóstico clínico inicial.

Las características generales son: sistólicos, vibratorios, intensidad variable (I-II/VI), varían con la posición y la frecuencia cardiaca.

- Soplo vibratorio de Still: soplo funcional más frecuente en la infancia. Se debe a vibraciones de las bandas tendinosas en ventrículo izquierdo, o contractilidad excesiva de dicho ventrículo. Es más audible en decúbito supino y en borde esternal izquierdo medio.
- Soplos de ramas pulmonares: más frecuentes en edad neonatal, hasta los 3-6 meses. Se debe a una fase de adaptación entre un flujo excesivo para unas ramas pulmonares pequeñas (en desarrollo). Si no desaparece a los 3-6 meses de edad, se debe pensar en una posible estenosis orgánica de ramas.
- Soplo carotídeo: se puede auscultar en niños de cualquier edad. Se debe a una turbulencia de la sangre en el tronco braquiocefálico o carótidas. Es un soplo sistólico corto, que se ausculta mejor en fosa supraclavicular y en las propias carótidas.

Lo debemos diferenciar del soplo por estenosis aórtica, el cual se ausculta mejor en borde esternal superior derecho, y puede irradiar hacia carótidas, pero suele acompañarse de clic sistólico y en ocasiones de frémito.

- Zumbido venoso³: más frecuente en niños de 3-6 años. Se debe a turbulencia venosa, y se ausculta bien en región infra y supraclavicular derecha e izquierda, pero sobre todo derecha. Es un soplo continuo, con más componente diastólico, y que se ausculta mejor en bipedestación.

C. SISTÓLICO

Los soplos sistólicos⁴ se auscultan después de S1 y antes de S2:

- Mesosistólico o de eyección: es un soplo *crescendo-decrescendo*. Comienza después de S1 y termina antes de S2; se ausculta en el segundo espacio intercostal (derecho o izquierdo). Se debe al paso de flujo aumentado a través de una válvula sigmoidea normal o a un flujo normal a través de una válvula sigmoidea estenosada.
- Holosistólico, pansistólico o de regurgitación: ocupa toda la sístole (de S1 a S2). Se debe al paso de flujo desde una cámara de más presión a otra de menos. Solo se da en tres situaciones: comunicación interventricular (CIV), insuficiencia mitral y tricúspideas.

- Protosistólico o breves de regurgitación: comienza con S1, pero termina antes de S2. Las tres situaciones que provocan soplo protosistólico son las mismas que producen holosistólico, pero sería habitualmente en la fase más incipiente.
- Telesistólico: se da al final de la sístole y termina con S2 (prolapso de la mitral).

D. DIASTÓLICO

Los soplos diastólicos siempre son patológicos⁴, se auscultan después de S2 (segundo ruido) y antes de S1 (primer ruido):

Tipos de soplos diastólicos:

- Protodiastólico, *in decrescendo*: debido a insuficiencia de las válvulas sigmoideas:
 - Insuficiencia aórtica: en tercer espacio intercostal izquierdo y dirigido hacia ápex. Una CIV infundibular subarterial con prolapso de velos puede dar un soplo de insuficiencia aórtica.
 - Insuficiencia pulmonar: en tercer espacio intercostal izquierdo, irradia por todo el borde externo izquierdo.
- Mesodiastólico: tras un S3 fuerte. Se ausculta mejor con la campana. Se debe a estenosis anatómica o relativa de válvulas auriculoventriculares.
 - Estenosis mitral: en ápex, como un zumbido. Se debe a estenosis anatómica o a flujo excesivo (cortocircuitos) a su través.
 - Estenosis tricúspidea: en la parte inferior del borde externo izquierdo. Se debe casi siempre a hiperaflujo a su través.

E. CONTINUO

Los soplos continuos⁴ ocupan toda la sístole y parte de la diástole. Se pueden deber a tres mecanismos:

- Cortocircuito aortopulmonar o arteriovenoso: el ductus sería el más común, en el cual predomina el componente de soplo sistólico *in crescendo*. Se ausculta bien en región infraclavicular izquierda y borde externo izquierdo alto.
- Flujo venoso (zumbido venoso): se puede auscultar en niño en bidepestación (no en decúbito) en región infraclavicular, sobre todo derecha.
- Alteración en el flujo de las arterias: coartación de aorta severa (colaterales).

F. HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe valorar^{3,5}:

- Antecedentes familiares:
 - Historia de cardiopatía congénita en familiares de primer grado (el riesgo aumenta hasta el 3-10%, dependiendo del tipo de cardiopatía).
 - Historia de muerte súbita en la familia.
 - Antecedentes familiares de enfermedades hereditarias asociadas a cardiopatía.
- Antecedentes personales:
 - Prenatales y obstétricos:
 - Infecciones maternas: pueden asociarse a malformaciones cardíacas (TORCH) o a miocarditis (infecciones víricas).
 - Diabetes materna tipo 1 y 2: la hemoglobina glicosilada (HbA1c) elevada puede asociarse a cardiopatía estructural (tetralogía Fallot, hipoplasia de cavidades izquierdas, trasposición de grandes vasos...). Y la diabetes gestacional se asocia a miocardiopatía hipertrófica.
 - Enfermedades autoinmunes: los anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos se asocian a bloqueos auriculo-ventriculares y miocardiopatías.
 - Exposición materna a tóxicos teratógenos: alcohol, litio, valproico...
 - Perinatales: pérdida de bienestar fetal, preeclampsia materna con repercusión fetal...
 - Posnatales: síndromes polimalformativos, metabolopatías, medicaciones...
- Historia actual: investigar cuatro síntomas principales:
 - Cianosis: distinguir acrocianosis o cianosis periférica, la cual puede ser normal; y cianosis central constante, que se relaciona con patología cardíaca o pulmonar.
 - Insuficiencia cardíaca: fatiga, hiperhidrosis, taquicardia, frialdad cutánea... las cuales aumentan con las tomas, llevando a un rechazo de las mismas, y al estancamiento o descenso en curva ponderal.
 - Síncope: debemos diferenciar los síncope de características cardiológicas. Algunas de las alarmas que debemos tener en cuenta son: historia familiar de muerte súbita cardíaca prematura, sospecha de cardiopatía o cardiopatía conocida, desencadenantes del síncope (ruido fuerte, susto, estrés emocional), síncope durante el ejercicio y síncope sin prodromos, mientras el paciente está en decúbito supino o durmiendo.

- Crisis hipóxicas: se caracterizan por un aumento de la cianosis habitual, lo cual se precede de una sensación de irritabilidad o intranquilidad. Posteriormente pueden asociarse con alteración del nivel de conciencia.
- Exploración física:
 - Aspecto: fenotipo (síndromes polimalformativos), coloración de piel y mucosas (cianosis y/o palidez), desarrollo pondero-estatural, patrón respiratorio.
 - Palpación: precordial, abdominal y pulsos axilares y femorales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flores Torres LG, Garrido García LM. Estudio de los soplos cardíacos en edad pediátrica. *Acta Pediatr Mex.* 2012;33(5):252-7.
2. Garrido-García LM, Lizárraga-Torres KC. Soplos cardíacos en pediatría: cuándo referir al cardiólogo pediatra. [Acta Pediatr Mex. 2014;35\(4\):351-5.](#)
3. Duhagón P. Soplos cardíacos. [Arch Pediatr Urug. 2002;73\(1\):47-50.](#)
4. Rodríguez González M, Alonso Ojembarrena A, Castellano Martínez A, Estepa Pedregosa L, Benavente Fernández I, Lubián López SP. Soplo cardíaco en menores de 2 años: buscando una estrategia de derivación eficiente y segura. [An Pediatr \(Barc\). 2018;89\(5\):286-93.](#)
5. Ruiz Berdejo C. Soplo sistólico inocente: importancia diagnóstica. En: *Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica*. AEP. 2005 [en línea] [consultado el 15/07/2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26_soplo_inocente.pdf