

## SOPLO CARDÍACO

### AUTORES:

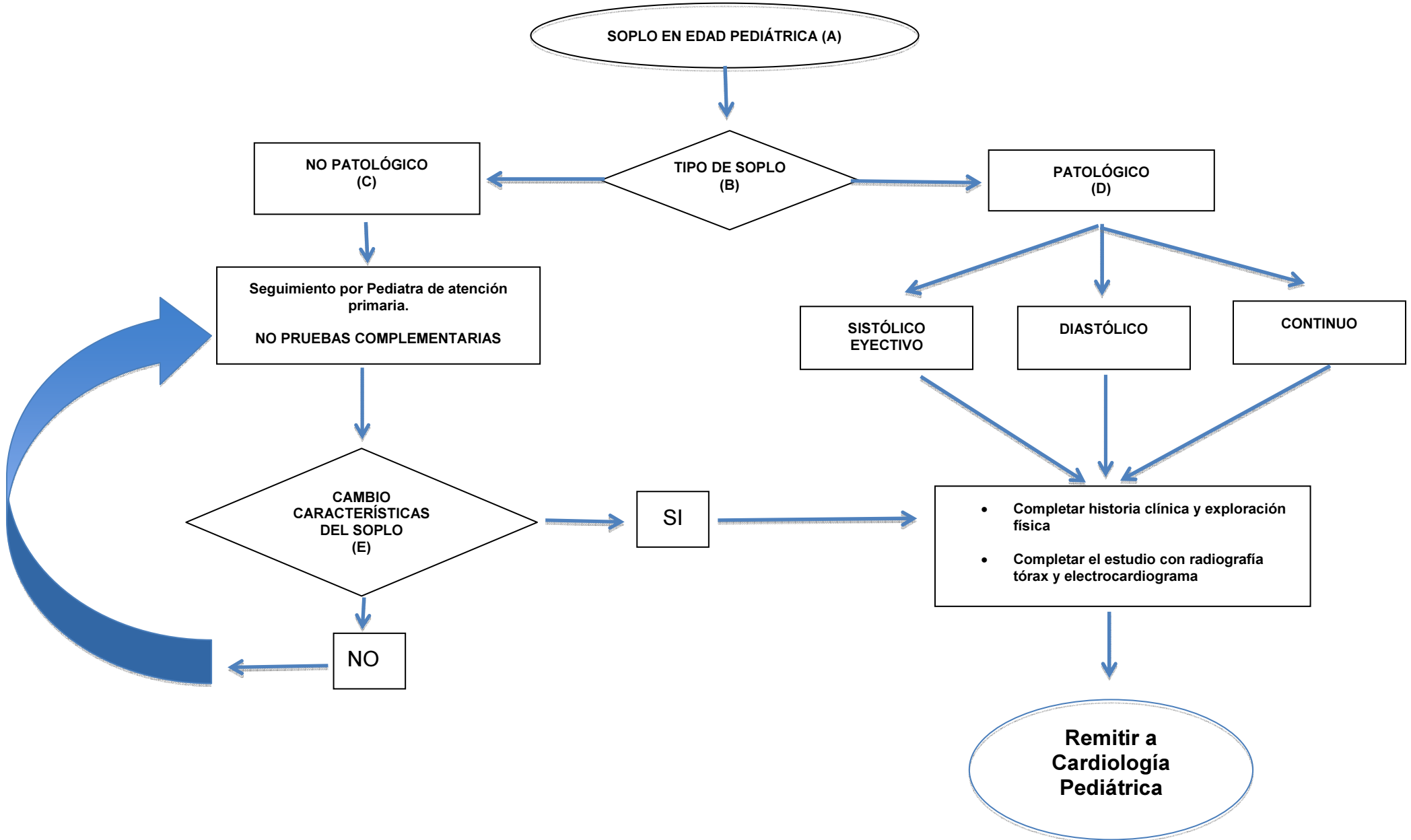
Lucía Escribano Gómez. Cardiología Pediátrica. Hospital General de Valencia

Ana Moriano Gutiérrez. Cardiología Pediátrica. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia

Teresa Guixeres Esteve. Pediatra. Hospital de Sagunto y Hospital Quirón de Valencia.

CORREO DE CONTACTO: [anamorianogutierrez@gmail.com](mailto:anamorianogutierrez@gmail.com)

Cómo citar este artículo: Escribano Gómez LM, Moriano Gutiérrez A, Guixeres Esteve T. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Soplo cardíaco. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)



(A): 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 etiológico, así como la actuación posterior<sup>1</sup>.

(B) Los soplos se diferencian en aquellos de características funcionales, inocentes o no patológicos y en aquellos que nos resultan marcadamente patológicos, ya sea por la intensidad del mismo, la localización, la parte del ciclo cardíaco en donde se auscultan o por cualquier otra característica.

No obstante en todos ellos hay que valorar<sup>2</sup>:

#### 1) 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.

#### 2) Antecedentes personales:

##### - *Prenatales y obstétricos:*

- Infecciones maternas: pueden asociarse a malformaciones cardiacas (rubeola materna), 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 un mal control de glucemias 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, metabopatías, medicaciones....

#### 3) Historia actual: investigar cuatro síntomas principales:

- *Cianosis:* distinguir acrocianosis, la cual puede ser normal; y cianosis central constante, que se relaciona con patología cardiaca.
- *Insuficiencia cardiaca.* Son sinónimo de insuficiencia cardiaca: fatiga, hiperhidrosis, taquicardia, frialdad cutánea,... las cuales aumentan con las tomas, llevando a un rechazo de las mismas, y a 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 cardiaca prematura, sospecha de cardiopatía o cardiopatía conocida, desencadenantes del síncope (ruido fuerte, susto, estrés emocional), síncope durante el ejercicio, y síncope sin pródromos, mientras el paciente está en decúbito supino o durmiendo.
- *Crisis hipóxicas*: se caracterizan por 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.

#### 4) 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.

(C) Los soplos no patológicos, inocentes o funcionales 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. El 90% de los niños menores de 5 años tienen soplos inocentes en algún momento<sup>3</sup>. Dada la benignidad del proceso y la frecuencia con la que aparecen no requieren de ninguna prueba adicional salvo su seguimiento clínico. Sólo si cambiara las características del soplo está indicado su estudio en profundidad y realizar pruebas complementarias<sup>4</sup>.

Hay distintos tipos de soplos inocentes:

- Soplo vibratorio de Still: soplo inocente más frecuente en la infancia. Se debe a vibraciones de las bandas tendinosas en ventrículo izquierdo, o contractibilidad excesiva de dicho ventrículo. Es un soplo vibratorio sistólico y musical.
- Soplo en foco pulmonar: más frecuente en niños mayores y adolescentes. Se debe a vibraciones muy exageradas del paso del flujo de sangre por el área pulmonar. Es un soplo sistólico, de intensidad media, y más audible en foco pulmonar.
- 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 las 3-6 meses de edad, se debe pensar en una posible estenosis orgánica de ramas. Es un soplo de intensidad baja –media, pero con importante irradiación hacia todo el tórax, axilas y espalda.
- 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, muy suave y corto, que se ausculta mejor en fosa supraclavicular y en las propias carótidas.
- Zumbido venoso: Más frecuente en niño 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.

(D) Los soplos patológicos requieren de un estudio adicional. Se pueden remitir directamente al servicio de cardiología infantil o completar su estudio con un electrocardiograma y una radiografía de tórax y posteriormente derivar. Los soplos sistólicos eyectivos de intensidad moderada-fuerte suelen ser siempre patológicos, al igual que los soplos diastólicos o los continuos<sup>5</sup>.

- Los soplos diastólicos son los que se auscultan después de S2 (segundo ruido) y antes de S1 (primer ruido). Asocian insuficiencia de las válvulas sigmoideas o estenosis de las válvulas aurículo-ventriculares.
- Los soplos sistólicos eyectivos patológicos se auscultan después de S1 y antes de S2 y suelen asociar estenosis de las válvulas sigmoideas o insuficiencia de las válvulas aurículo-ventriculares. También es el caso de los soplos secundarios a comunicaciones interventriculares o de comunicaciones interauriculares grandes donde la naturaleza del soplo es secundaria al hiperflujo a nivel del tronco pulmonar.
- Los soplos continuos: ocupan toda la sístole y parte de la diástole. Se pueden deber a tres mecanismos:
  - Cortocircuito aortopulmonar o arteriovenoso. La persistencia del conducto arterioso abierto o ductus sería el más común.
  - Alteración en el flujo de las arterias: coartación de aorta severa (colaterales)<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Etoom Y, Ratnapalan S. Evaluation of children with heart murmurs. *Clinical Pediatrics*. 2014; 53(2):111–7.
2. Frank E, Jacobe M. Evaluation and management of heart murmurs in children. *American Family Physician*. 2011; 84(7): 793–800.
3. Moriano A. Algoritmos prácticos electrocardiográficos para la consulta de Pediatría en Atención Primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2014;7(1):42-51.
4. Park M. Herramientas básicas en la valoración rutinaria de los pacientes cardíacos. 5.ª ed. Madrid: Harcourt Brace/ Elsevier España; 2008.
5. Keane F, Lock E, Fyler C. Tools of Diagnosis. 2.ª ed. Boston, Massachusetts: Saunders; 2006.
6. Khushu A, Kelsall AW, Usher-Smith JA. Outcome of children referred with heart murmurs referred from general practice to a paediatrician with expertise in cardiology. *Cardiol Young*. 2014:1–5.