



TETRALOGÍA DE FALLOT



Montoya Martínez, C.; Pina Montoya, M.A.; Velastegui Calderón, K.V.; Aroca Madrid, M.L.; Gómez Melero, R.

Introducción

- La **Tetralogía de Fallot** es la más frecuente de las cardiopatías complejas. Es una cardiopatía conotruncal, es decir, que se caracteriza por presentar defectos en los tractos de salida.
- Aparece en el **0,08%** de los casos y representa el **5-8%** de todas las cardiopatías congénitas. Afecta, aproximadamente, a **1/8.500** nacidos vivos, con predominio de varones sobre mujeres.
- Los defectos característicos en esta patología son: Estenosis pulmonar, CIV, Hipertrofia VD y Cabalgamiento Aórtico.

Caso clínico

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 29 años, gestante de 39 semanas que acude derivada de Santa Rosa por TA elevada a pesar de tratamiento antihipertensivo con Aldomet 250 mg/12h.

HISTORIA CLINICA

AP: No alergias medicamentosas conocidas. AQ: Papiloma intraductal de mama derecha. AO: G4P1A2.

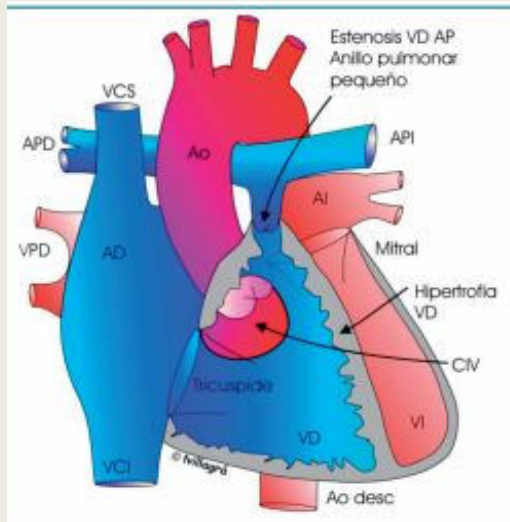
EXPLORACIÓN GENERAL Y OBSTETRICA

BEG, consciente y orientada. TA seriadas: 145/96; 160/99; 156/99; 155/95; 147/86. Eupneica. Ausencia de cefalea, fotopsias, epigastralgia u otra sintomatología asociada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica: Hb: 9.9. Resto de parámetros normales. Cociente prot/creat: 438.8mg/G

CONDUCTA A SEGUIR Y EVOLUCIÓN



Defectos cardíacos característicos de la Tetralogía de Fallot.

Ante cifras de TA elevadas a pesar de administración de Trandate 100 mg VO y cociente prot/creat patológico, la paciente es diagnosticada de **Preeclampsia leve** y se decide inducción del parto.

El parto es eutócico al día siguiente, naciendo una mujer con peso AEG (3590 gr) y Apgar 7/8. Ingresa en neonatología por distrés neonatal precoz.

EF: TA: 77/36(48)mmHg. FC: 124lpm. FR: 38rpm. Sat: 88% con FiO2 21%. Fascies con orejas de implantación baja y algo retrasada, con micro/retrognatia. ACP: Quejido espiratorio. AC con soplo II/VI audible en todos los focos. Resto normal.

Rx tórax: Cardiomegalia.

Ecocardiografía: AD levemente dilatada. Insuficiencia tricuspídea leve. VD hipertrófico con función normal. Septo interventricular con defecto perimembranoso subaórtico de 4-5 mm y defecto muscular de 1.5 mm, ambos con shunt I-D (Septo IV tipo II). Cabalgamiento de raíz aórtica. Válvula pulmonar displásica.

Ante estos hallazgos, la sospecha diagnóstica principal es la **Tetralogía de Fallot**. El distrés respiratorio precoz se termina resolviendo con buena evolución de la paciente y posibilidad de alta a domicilio. Actualmente en seguimiento en CEX de Pediatría.

Conclusiones

- En la tetralogía de Fallot, la estenosis pulmonar suele ser evolutiva, predominando sobre la CIV. Ante una estenosis pulmonar que no es severa puede haber signos clínicos de IC (**Fallot rosado o precianótico**). Si la estenosis pulmonar es severa, provoca cianosis, el signo clínico más relevante, que será más intensa, cuanto más severa sea la estenosis pulmonar (**Fallot cianógeno**).
- A pesar del número creciente de casos de Tetralogía de Fallot diagnosticados en ecocardiografía prenatal, en la mayoría de los casos el **diagnóstico** sigue siendo **posnatal**.
- El pronóstico a largo plazo del Fallot típico es favorable, con una supervivencia global del **90% a los 30 años** en clase funcional I-II de la NYHA, aunque suele aparecer cierta disminución en la capacidad de ejercicio.
- Los tipos especiales de Fallot tienen peor pronóstico, aunque en su mayoría se logran supervivencias con buena calidad de vida.
- En los casos intervenidos, aparecen complicaciones tardías en el **10-15%** de los casos tras 20 años. Las más importantes son: fracaso del VD por la IP crónica, arritmias ventriculares y supraventriculares o la muerte súbita (1,5/1.000 casos/año).