



8. PREDICTORES PRONÓSTICOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT

José Manuel Cubillas Para, Ignacio Jiménez Zafra, José Javier Tercero Fajardo, María Azucena Sáez Martín, Adrián Gallego Navarro, Javier Eliseo Blanco Pacheco, María Martínez Tovar y María José Oliva Sandoval

Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La tetralogía de Fallot (TF) precisa intervención temprana para aumentar la supervivencia. Es frecuente encontrar arritmias, insuficiencia pulmonar (IP), empeoramiento de capacidad funcional o disfunción de ventrículo derecho (VD). Existe falta de evidencia sobre cómo estos factores condicionan el pronóstico.

Métodos: Se describe una serie de 34 pacientes de un hospital terciario con TF intervenidos en la infancia. Se recogen datos de ergometría con consumo de oxígeno, así como volúmenes, parámetros de función sistólica biventricular y cuantificación de IP obtenidos por resonancia magnética cardiaca (RMC). Se muestran los datos en la tabla adjunta.

Resultados: De los 34 pacientes, 19 eran mujeres (56%). La edad media fue 33,4 años (13-64 años). 22 presentaron capacidad funcional reducida (65%). El consumo pico de oxígeno medio fue 26 ml/kg/min (10-40 ml/kg/min). El VE/VCO₂ medio fue 27,8^o, estando alterado en 2 pacientes (6%). 7 (20%) presentaron respuesta tensional plana. 16 (47%) presentaron extrasistolia ventricular aislada (menos de 5 EV), uno (3%) taquicardia ventricular no sostenida y el resto extrasistolia supraventricular aislada o no presentaron arritmias. 10 (29%) presentaron incompetencia cronotropa durante la prueba. 19 presentaron dilatación del VD (56%). El volumen telediastólico indexado medio fue 116 ml/m². 18 presentaron disfunción sistólica VD (53%). 10 (29%) eran portadores de prótesis pulmonar (PP). Respecto a la IP, 6 presentaron grado mínimo (18%), 3 ligero (9%), 6 moderada (18%) y 18 grave (53%). En un caso no se realizó RMN.

Muestra de los primeros 19 pacientes del estudio

Sexo	Edad (años)	VO ₂ pico (ml/kg/min)	VO ₂ pico (%) sobre esperado)	VE/VCO ₂ (°)	Respuesta tensional	Arritmias	Respuesta cronotropa	VTDVD (ml/m ²)	FEVD (%)	IP	Pr pu
H	13	19	38	24	Plana	EV	Incompetencia cronotropa	176	48	Grave	No

H	42	30	85	26	Normal	EV	Normal	111	68	Grave	No
M	41	20	72	31,5	Normal	EV	Normal	127	65	Grave	No
M	36	21	75	26,9	Normal	EV	Incompetencia cronotropa	117	56	Grave	No
M	37	23	83	28,4	Plana	EV	Incompetencia cronotropa	120	63	Grave	No
M	39	28	104	29,1	Normal	No	Incompentencia cronotropa	131	45	Grave	No
H	38	29	79	28,3	Normal	EV	Normal	95	47	Moderada	No
H	33	33	99	27,2	Normal	No	Normal	92	47	Ligera	Sí
M	26	34	81	29,5	Hipertensiva	EV	Normal	99	54	Grave	No
M	16	27	88	26,9	Normal	TSVNS	Normal	108	46	Grave	No
H	20	24	53	21	Normal	ESV	Normal	122	52	Mínima	Sí
M	55	14	74	25,6	Normal	No	Normal	169	51	Grave	No
M	42	26	97	21,2	Normal	EV	Normal	80	41	Ligera	Sí
M	40	28	104	29,1	Normal	No	Normal	121	49	Grave	No
M	38	28	99	28,5	Normal	EV	Normal	132	53	Grave	No
M	38	23	82	22,5	Normal	No	Incompetencia cronotropa	117	53	Grave	No
M	39	20	71	26,6	Normal	TVNS	Normal	131	64	Grave	No
M	31	27	90	30,2	Normal	EV	Normal	155	51	Grave	No

M	31	30	93	25,5	Normal	EV	Normal	116	49	Mínima	Sí
---	----	----	----	------	--------	----	--------	-----	----	--------	----

VO2: volumen de oxígeno; ml: mililitro; kg: kilogramo; min: minuto; VTDVD: volumen telediastólico de ventrículo derecho; m²: metro cuadrado; FEVD: fracción de eyección de ventrículo derecho; IP: insuficiencia pulmonar; EV: extrasistolia ventricular; ESV: extrasistolia supraventricular; TVMNS: taquicardia ventricular monomorfa no sostenida; TSVNS: taquicardia supraventricular no sostenida; H: hombre; M: mujer.

Conclusiones: Pese a las diferencias en cuanto a la capacidad funcional ninguno de los pacientes presentó taquicardia sostenida. Llama la atención que algo más de un cuarto de estos pacientes presentó incompetencia cronotropa. Los pacientes con dilatación de VD presentaron una FR por RMC mayor, mientras que aquellos con adecuada capacidad funcional tendieron a menores volúmenes ventriculares y menor gravedad de la IP. Los pacientes con PP presentaron menor gravedad de la IP, sin tener necesariamente mejor capacidad funcional. Los pacientes con VE/VO2 alterado presentaron peor capacidad funcional. Consideramos acertado describir estos resultados como experiencia inicial de cara a realizar seguimiento a estos pacientes con el propósito de hallar indicadores de peor evolución que puedan orientar opciones terapéuticas precoces.