



6106-4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

Miguel A. Romero Moreno¹, Gloria María Heredia Campos¹, Consuelo Fernández-Avilés Irache¹, Adriana Resúa Collazo¹, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia¹, Rafael González Manzanares¹, Daniel Pastor Wulf¹, Jorge Perea Armijo¹, Josefa Terán Ceballos², Francisco José Hidalgo Lesmes¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada¹, Soledad Ojeda Pineda¹, Dolores Mesa Rubio¹ y Manuel Pan Álvarez-Osorio¹

¹Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España y ²Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Tras la corrección de la tetralogía de Fallot (TF), y, a pesar de una buena supervivencia a largo plazo, pueden aparecer complicaciones que requieran de reintervención como insuficiencia pulmonar (IP), tricuspídea (IT) y aórtica (IAo), estenosis pulmonar (EP), afectación del ventrículo derecho (VD) o comunicación interventricular (CIV), así como otras complicaciones como insuficiencia cardíaca (IC), endocarditis, arritmias, bloqueos auriculoventriculares o muerte súbita que conducen a un aumento de morbimortalidad.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de práctica clínica real, en el que se incluyeron todos los pacientes con TF de nuestro desde 1993 a 2022. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas y se evaluaron las reintervenciones y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes con un 58% de hombres. Respecto a la anatomía basal 30 (20%) presentaban estenosis subpulmonar, 69 (56%) presentaban también estenosis de la válvula pulmonar, 46 (30,7%) atresia de la arteria pulmonar, 2 (1,3%) eran seudotruncus y 3 (2%) DSVD tipo Fallot. En cuanto al tipo de cirugía 31 (20,7%) fueron resección infundibular, 82 (54,7%) reparación de la válvula pulmonar, 28 (18,7%) implante de homoinjerto, 4 (2,7%) cirugía no correctiva y 2 (1,3%) trasplante cardíaco. En cuanto a las complicaciones durante el seguimiento desarrollaron IP 95 (63,8%), EP 88 (57%), CIV 49 (33,8%) e IAo 21 (14,1%). Se observó dilatación del VD en 62 (41,6%), la mediana del diámetro del VD fue 42 [RI 34-43,5] mm. Hubo disfunción del VD en 24 (16,2%), siendo la media TAPSE: $17,67 \pm 3,53$ mm, s'DTI: $8,67 \pm 2,18$ y FEVD: $42,05 \pm 10,49\%$. Hubo 39 (26%) reintervenciones: 7 (17,9%) válvulas pulmonares percutáneas, 23 (58,9%) homoinjertos pulmonares quirúrgicos y 2 (5,1%) resecciones de TSVD y valvuloplastias. 9 (6%) presentaron arritmias supraventriculares, 0 arritmias ventriculares, 4 (2,6%) endocarditis y 5 (3,4%) implantes de marcapasos. Presentaron IC 27 (18,2%) pacientes, con NYHA IV el 11,8%. Hubo 19 (12,8%) muertes, siendo la causa las complicaciones quirúrgicas en el 83,3%, la insuficiencia cardíaca en el 11,1% y la muerte súbita en el 5,6%.

Conclusiones: La complicación más frecuente tras la cirugía correctiva de TF es la IP, con tasas bajas de endocarditis, implante de marcapasos e IC. Son frecuentes las reintervenciones, siendo la causa más frecuente de mortalidad las complicaciones posquirúrgicas.