



## Tetralogía de Fallot en un adulto complicada por endocarditis infecciosa tricuspídea

### Tetralogy of Fallot in an adult complicated by infectious tricuspid endocarditis

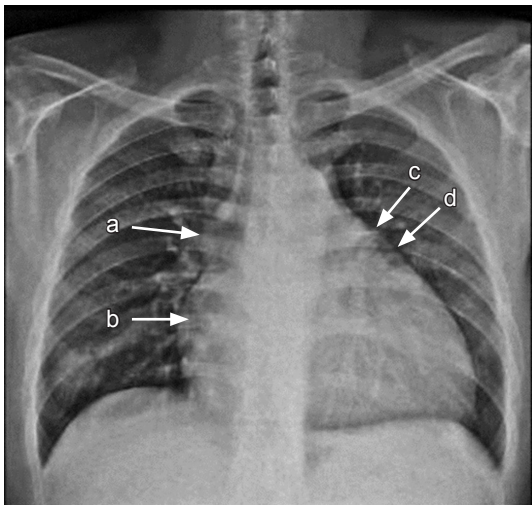
Víctor Arredondo Arzola,\* Francisco Sánchez Lezama,† Carlos Harrison Gómez,\* Rómulo Armenta Flores§

Presentamos el caso de un hombre de 34 años con diagnóstico de cardiopatía congénita a los cinco años. Él, por su parte, negó haber sido estudiado desde el punto de vista cardiovascular. A los 10 años inició con fatiga progresiva (negó síncope y angina). Durante el último mes inició con síndrome febril vespertino de 39 °C y disnea progresiva que se acompañaba de tos con predominio nocturno.

A la exploración física encontramos los siguientes datos de importancia: peso de 88 kg, talla de 166 cm, IMC igual a 32; TA: 100/80, FC: 1.10 latidos/min; FR: 18 r/min; saturación O<sub>2</sub> 74% al aire ambiental y temperatura de 38.1 °C. Se observó plétora yugular e hipocratismo digital; precordio hiperdinámico, con ruidos cardiacos rítmicos, presencia

de soplo sistólico tricuspídeo III/VI; segundo P apagado, y campos pulmonares limpios con murmullo vesicular normal. El abdomen se encontraba con hepatomegalia no dolorosa de 1 cm por debajo del borde costal. Se encontraron pulsos presentes en las cuatro extremidades y sin edema. La radiografía tele de tórax mostró cardiomegalia global con dilatación de aurícula derecha e hipertrofia ventricular derecha, abombamiento del arco pulmonar y signo de hachazo (Figura 1).

El electrocardiograma (Figura 2) mostró ritmo sinusal con frecuencia de 120 latidos/minuto, crecimiento biauricular, bloqueo de rama derecha del haz de His e hipertrofia del ventrículo derecho, observando extrasístole



**Figura 1:**

Radiografía tele de tórax que evidencia cardiomegalia global con dilatación de aurícula (a) e hipertrofia del ventrículo derecho (b), abombamiento del arco pulmonar (c) y signo del hachazo (d) (flechas).

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

\* Cardiólogo. Hospital Ángeles León, León, Guanajuato. México.

† Cardiólogo. Ecocardiografista Hospital Ángeles León, León, Guanajuato. México.

§ Cirujano Cardiorrácico. Hospital Médica Campestre. León, Guanajuato. México.

#### Correspondencia:

Dr. Francisco Sánchez Lezama

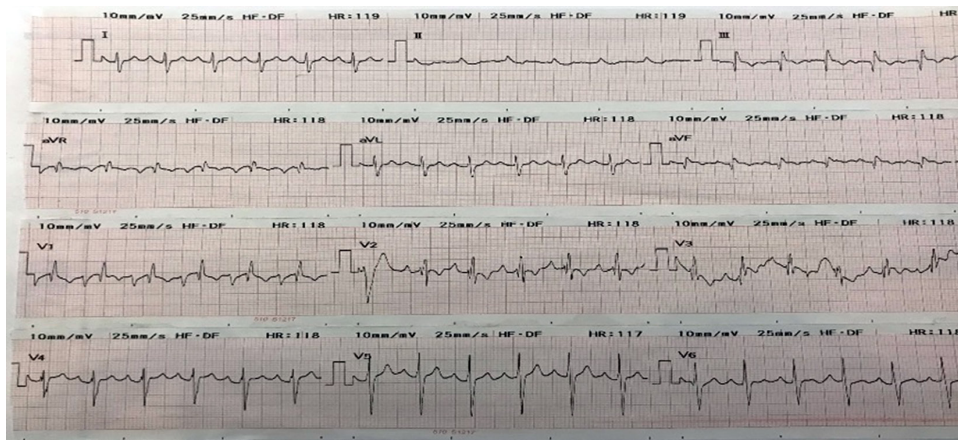
Correo electrónico:

[sanchezlezama@angelesleon.com](mailto:sanchezlezama@angelesleon.com)

Aceptado: 06-06-2019.

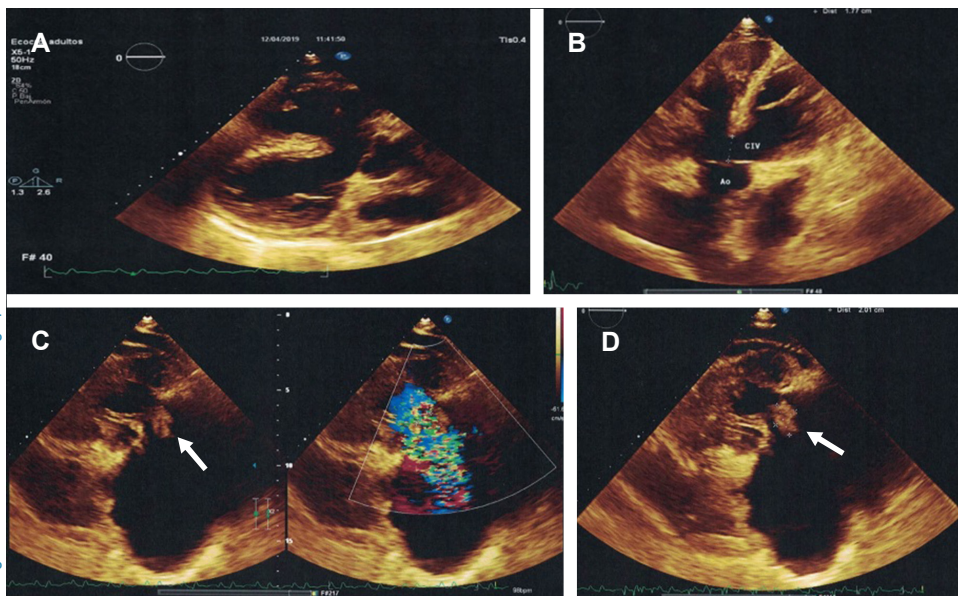
[www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)





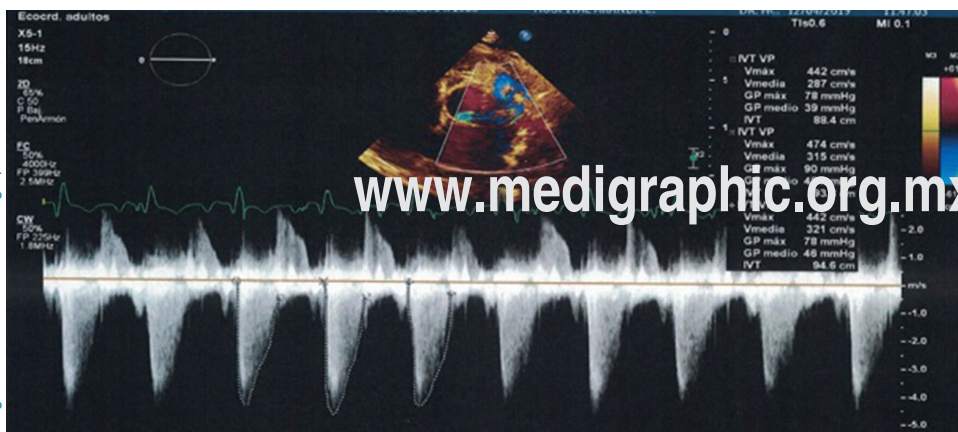
**Figura 2:**

Imagen de electrocardiograma que muestra ritmo sinusal con frecuencia de 120 latidos/minuto, crecimiento biauricular, bloqueo de rama derecha del haz de His e hipertrofia del ventrículo derecho, observando extrasístole ventricular en el primer complejo de V2, siendo de difícil precisión el AQRS por la S tardía en DI- AVL relacionada con el BRDHH.



**Figura 3:**

Imágenes del ecocardiograma donde se observa: **(A)** Comunicación interventricular amplia, cabalgamiento aórtico y dilatación importante del ventrículo derecho. **(B)** Cabalgamiento aórtico de 50% sobre la comunicación interventricular. **(C)** y **(D)** Vegetación grande adherida a la cara auricular de la válvula tricúspide (flechas) que condicionan una insuficiencia valvular severa.



**Figura 4:**

Espectro Doppler continuo que indica el gradiente sistólico máximo de 90 mmHg y medio de 48 mmHg a través de la válvula pulmonar que establece estenosis de grado severo.

ventricular en el primer complejo de V2; siendo difícil precisar el AQRS por la S tardía en DI- AVL relacionada con el BRDHH.

El ecocardiograma (*Figuras 3 y 4*) evidenció una comunicación interventricular amplia, cabalgamiento aórtico del 50%, dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho, vegetación adherida a la superficie auricular de la valva anterior de la válvula tricúspide, que originaba insuficiencia de esta valva, así como estenosis severa de la válvula pulmonar. El hemocultivo reportó *Staphylococcus aureus*. Por tanto, se estableció el diagnóstico de endocarditis en paciente portador de tetralogía de Fallot. Posteriormente, se inició tratamiento con vancomicina y aminoglucósido endovenosos y se solicitó valoración por cirugía cardiorrónica.

La tetralogía de Fallot<sup>1</sup> constituye el 10% de todas las cardiopatías congénitas, siendo la cardiopatía congénita cianógena más frecuente en el adulto, con una incidencia de 5.8% al nacer. Tan sólo el 6% de los pacientes no operados alcanzan los 30 años, y el 3% los 40 años.<sup>2,3</sup>

## REFERENCIAS

1. Villafañe J, Feinstein AJ, Jenkins JK, Vincent NR, Vincent RN, Walsh EP, Dubin AM et al. Hot topics in tetralogy of Fallot. *JACC*. 2013; 62: 2155-2166.
2. Apitz Ch, Weeb DG, Redington NA. Tetralogy of Fallot Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Lancet*. 2015; 27: 189-204.
3. Dittrich S, Vogel M, Dähnert I, Berger F, Alexi-Meskishvili V, Lange PE. Surgical repair of tetralogy of Fallot in adults today. *Heart and Vessels*. 2012; 27: 65-70.