

TRIBUNA: JULIÁN P. VILLACASTÍN

La muerte súbita

JULIÁN P. VILLACASTÍN 28/08/2007

Durante muchos años, la muerte súbita de los atletas se ha considerado un misterio. Costaba creer que un corazón, entrenado y aparentemente sano, se pudiera parar de repente después de haber resistido esfuerzos tan intensos. Su causa se atribuía a un infarto de miocardio aunque raramente se observaran hallazgos compatibles en los estudios necrópsicos.

Hoy conocemos que esta forma de muerte, denominada muerte súbita, se debe habitualmente a una arritmia cardíaca: la fibrilación ventricular. Esta arritmia se caracteriza por una actividad eléctrica del corazón tan rápida y caótica que anula por completo la actividad mecánica del órgano, detiene la expulsión de sangre y reduce a cero la presión sanguínea arterial. La consecuencia es una falta de oxígeno en el cerebro. Al cabo de unos segundos, se pierde el conocimiento y, si la arritmia persiste unos minutos, el desarrollo de lesiones cerebrales irreversibles es inevitable.

Pero la fibrilación ventricular no ocurre en corazones normales. En personas mayores de 35 años, la causa más frecuente de muerte súbita es la arteriosclerosis coronaria. En las personas jóvenes y los atletas, las causas son más variadas destacando dos alteraciones del músculo ventricular: la miocardiopatía hipertrófica y la displasia arritmogénica de ventrículo derecho. Ambas tienen un componente genético y, mientras que en la primera lo que se observa es un crecimiento excesivo del miocardio ventricular izquierdo (hipertrofia), en la displasia existe una infiltración grasa y fibrosa que predomina en las paredes del ventrículo derecho. En ambas cardiopatías, la muerte súbita puede ser la primera manifestación de la enfermedad y a menudo se desencadena coincidiendo con una descarga adrenérgica o con ejercicio físico intenso.

Cuando la fibrilación ventricular se desencadena es excepcional que se autolimita. A no ser que se aplique una descarga eléctrica de corriente continua por medio de un desfibrilador (la corriente alterna podría provocar la arritmia, pero no suprimirla), el corazón permanecerá parado y ningún medicamento será capaz de ponerlo en marcha. En estas circunstancias, únicamente un masaje cardíaco eficaz puede prolongar unos minutos el tiempo límite para la cardioversión.

Es crucial, por tanto, identificar a los pacientes portadores de estas anomalías antes de que sufran un episodio de muerte súbita del cual podrán o no ser resucitados. Sin embargo, ésta es una tarea complicada cuando no imposible. Una historia familiar de muerte súbita o bien el antecedente de pérdidas de conocimiento relacionadas con esfuerzos físicos o situaciones de descarga adrenérgica suponen un signo de alarma. En ambas enfermedades la exploración física, incluyendo la auscultación cardíaca, suele ser normal. El electrocardiograma, en cambio, con frecuencia es anormal, pero también lo es en más del 15% de los deportistas como consecuencia de las alteraciones cardíacas al realizar entrenamiento físico intenso y continuado. Otras pruebas como la ecocardiografía y la resonancia magnética, aunque no son 100% efectivas, sí tienen más posibilidades de llegar a un diagnóstico, pero no pueden realizarse de momento a grandes poblaciones como los deportistas. La lógica aconseja realizar chequeos para identificar los casos más evidentes, pero siempre habrá pacientes enfermos a los cuales no se podrá diagnosticar con estos exámenes. Por fortuna y a pesar del dramatismo que conlleva la muerte súbita, no debemos olvidar que su incidencia es muy pequeña (entre 0,4 y 2,3 por 100.000 deportistas/año) y que, gracias a la difusión de los desfibriladores semiautomáticos, un porcentaje significativo podrá ser resucitado.