

ANÁLISIS

La muerte cardíaca súbita

29.08.07 - ANDRÉS BODEGAS

La muerte de Antonio Puerta, de 22 años, un deportista de élite, en teoría sano y con unas condiciones físicas que, en principio, le podían definir incluso como superdotado, ha puesto de actualidad una entidad médica muy grave como es la Muerte Cardíaca Súbita. Se denomina así por su carácter repentino e imprevisto, que ocurre dentro de la primera hora del inicio de los síntomas. Este tipo de patología tiene siempre una causa, sea conocida o no. Habitualmente es una arritmia ventricular maligna, una colección de latidos a una frecuencia muy rápida, pero sobre todo ineficaz para la función de bombeo del corazón. En la población general esta arritmia suele ser provocada por una enfermedad de las arterias coronarias; habitualmente un infarto de miocardio. Esta arritmia es grave porque impide que el corazón mantenga de forma eficaz el flujo sanguíneo a los órganos más importantes, y en especial al cerebro, causando un sufrimiento (daño cerebral) que puede ser irreversible, y llegar a ocasionar la muerte en escasos minutos si no se trata.

Sin embargo, entre la población joven y deportistas de alto nivel, como era el caso de Puerta, las causas de esta arritmia suelen ser otras. Es más, en estas situaciones, cuanto más joven es el paciente mayor puede ser el número de causas. Hace un par de años publicamos, en unión con el Dr. Morentín, del Instituto Anatómico Forense de Bilbao, un estudio prospectivo de Muerte Súbita en Vizcaya en este tipo de población tan joven. En relación con el esfuerzo físico, la mayor incidencia era la Miocardiopatía Arritmógena de Ventrículo Derecho. El 71% de las personas con estas miocardiopatías que fallecían lo hacía en los momentos que rodeaban al esfuerzo físico: durante o inmediatamente después.

Este tipo de miocardiopatía es una enfermedad de origen genético caracterizada por el reemplazo de los miocitos (células del músculo cardíaco) del ventrículo derecho por tejido adiposo (grasa) y fibroso (cicatricial), y una inestabilidad del sistema eléctrico del corazón que puede desencadenar arritmias ventriculares muy graves. Su descubrimiento es reciente. Fue descrita por primera vez por Dalla Volta en 1961, y caracterizada por Fontaine en 1977. Su mayor problema es su carácter evolutivo, y la presentación en forma de Muerte Súbita como primera sintomatología; en la fase en que es más difícil su diagnóstico.

El riesgo de Muerte Súbita es acumulativo, y aumenta con el paso del tiempo. El caso típico, al inicio de los síntomas, es un varón de alrededor de 30 años, con clínica de arritmia ventricular maligna, y deportista. El perfil de mayor riesgo es un joven con actividad deportiva competitiva, antecedentes familiares de Muerte Súbita, extensión de la enfermedad al ventrículo izquierdo, descenso de la fuerza de contracción del corazón, pérdida de conocimiento y episodios de arritmias graves. Su tratamiento ha variado de forma paralela a su conocimiento. Dependiendo de los casos, se consideran opciones el tratamiento farmacológico, la ablación con radiofrecuencia, el implante de un desfibrilador antitaquicardia, o incluso, en los casos terminales, el trasplante cardíaco.

En nuestro medio, y en un segundo escalón como causa de Muerte Súbita Cardíaca en el paciente deportista, está la miocardiopatía hipertrófica (con aumento desmesurado del grosor de las paredes del corazón). Otras causas más infrecuentes son la presencia de arterias coronarias anómalas, (cuando son comprimidas por la arteria pulmonar y la aorta), el síndrome Wolf-Parkinson-White, (presencia de una circunvalación anómala del sistema eléctrico del corazón), y hasta algunas valvulopatías congénitas, (alteración de las valvas de las válvulas del corazón).

En conclusión, la Muerte Súbita Cardíaca en el paciente joven y deportista debe interpretarse como la representación de un mal funcionamiento del sistema eléctrico del corazón, causado la mayoría de las veces por una alteración de la anatomía del corazón, y las menos por una alteración del trasvase iónico responsable de la contracción cardíaca. Sin embargo, lo verdaderamente importante es que su tratamiento (el de la arritmia grave que lo ocasiona) debe ser inmediato, y a poder ser mediante un desfibrilador

automático. Cuanto mayor sea esta rapidez de actuación antes se solventará el problema arrítmico y menores serán los daños cerebrales colaterales.

El dramatismo que conlleva el que esta entidad se presente en personas jóvenes, aparentemente sanos, no nos debe hacer olvidar que hay que continuar con la investigación para un mejor conocimiento médico, aunque son fundamentales las armas socio-culturales que permitan un rápido tratamiento. En este apartado es imprescindible convencernos de que puede salvar muchas vidas el uso inmediato de un sencillo desfibrilador automático por cualquier persona que nada tenga que ver con el mundo médico, y cuya presencia es obligatoria por ley en ciertos espacios públicos. Lamentablemente, aunque en el caso de Puerta se utilizó, no fue suficiente.
