

Muerte Súbita en el Deporte

Métodos de Cribado

E. Luengo
P. Manonelles

SMD
EE

Muerte Súbita en el Deporte

Métodos de Cribado

Emilio Luengo Fernández

Especialista en Cardiología.

Director de la Escuela de Cardiología del Deporte.

Sociedad Española de Medicina del Deporte. Zaragoza.

Pedro Manonelles Marqueta

Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte.

Director de la Escuela de Formación (EFSEMED).

Sociedad Española de Medicina del Deporte.

Director de la Cátedra Internacional de Medicina del Deporte de
la Universidad Católica (UCAM). Zaragoza.

2.2.2.1 *El dolor torácico en los menores de 35 años*

Aunque el DTX es una circunstancia poco frecuente en los más jóvenes, su presencia obliga a definirlo clínicamente con precisión. El RMD debe insistir y ser detallista en determinados puntos del interrogatorio:

- La existencia de AFC:
 - Enfermedad o muerte por causa cardiovascular precoz.
 - MCH en su familia directa.
- La definición del dolor:
 - Localización: se sospecha un origen coronario si es amplio en la zona esternal o torácica izquierda, o más raramente en el cuello-mandíbula, eventualmente irradiado a la cara inferior/posterior del brazo o la cara interna del codo.
 - Señalado a mano abierta, garra o puño cerrado, sugiere dolor coronario; por el contrario, señalado a punta de dedo o canto cubital de la mano no suele sugerir dolor coronario.
 - Carácter: opresivo, quemante o pungente, sordo y atrictivo; raramente agudo, punzante o lancinante.
 - Desencadenante, ritmo y asociación al esfuerzo: con frecuencia se desencadena por el esfuerzo y con un dintel de esfuerzo determinado; es confuso que puedan desencadenarlo emociones; típicamente dura pocos minutos y cesa con la detención de la actividad física, con desaparición total en 1-2 minutos.

En el seno del RMD, junto a la anamnesis tras un DTX, la EXF puede aportar un dato revelador: la presencia de un soplo propio del tracto de salida del VI, en el borde esternal y focos de la base, eventualmente irradiado a las carótidas, más en el hemicuerpo derecho, con un pulso carotídeo que no sea franco (siendo raspante, bimodal o de impulso pobre). Este soplo es más sospechoso de una MCH (o en este tramo de edad, más raramente, de una valvulopatía aórtica evolucionada) que de una enfermedad coronaria.

El tercer componente del RMD, el ECG, puede mostrar alteraciones. Si lo hallado es un crecimiento o una HVI típica o atípica, con alteraciones de la

repolarización, debe sospecharse una MCH (aunque el corazón del deportista tenga también algún rasgo similar).

El ECG puede ser completamente normal o en raras ocasiones mostrar signos de isquemia en reposo, como manifestación de una CCG o un desarrollo anómalo de las coronarias.

Así pues, ante un DTX con soplo y alteraciones del ECG tipo hipertrofia-sobrecarga, la sospecha es de MCH. Ante un DTX en ausencia de soplos significativos y con ECG normal o solamente isquémico, debe sospecharse una CCG. La tercera posibilidad sería el dolor sospechoso, pero en ausencia completa de más alteraciones en la EXF o en el ECG.

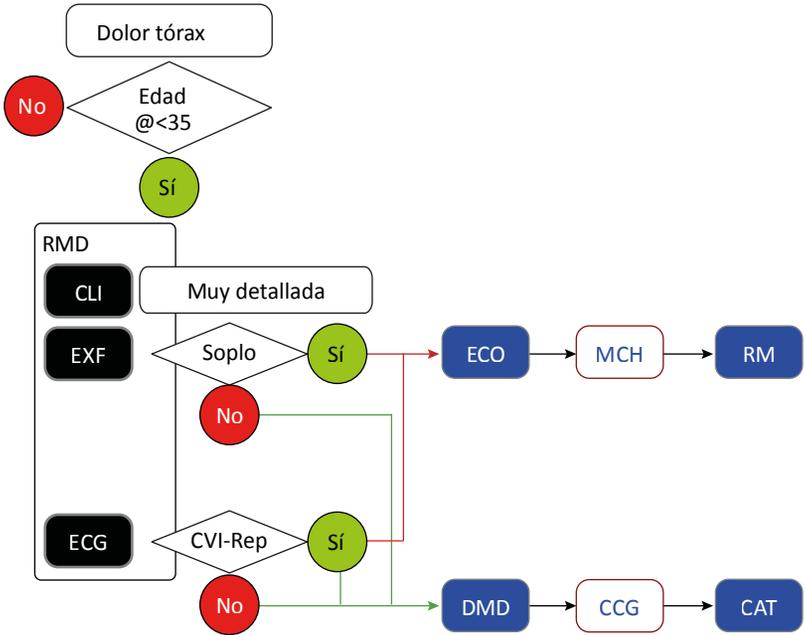
En el primer caso, el procedimiento pasa por hacer un ECO con el fin de determinar el diagnóstico. De observarse datos de MCH en el ECO es optativo plantearse una RM cardíaca que documentará y graduará la MCH, pero no aportará más al diagnóstico.

En el segundo y el tercer caso, la sospecha de una CCG (con o sin alteraciones basales del ECG) debe llevar a hacer un DMD para definir la anatomía coronaria. Solo entonces puede plantearse un CAT para definir la anatomía coronaria para su posible corrección quirúrgica. Cabe destacar que no todas, pero sí una significativa proporción de CCG, son de riesgo de MS o producen dolor torácico, en especial las que tras el *ostium* tienen un tramo de la coronaria que discurre en el seno de la pared de la aorta¹⁸.

La realización de cualquier PEG no aporta información; ni las PEG realizadas solo con ECG, ni las que incluyen ECO, isótopos o DMD. Puede plantearse, incluso, su contraindicación ante el balance entre el riesgo (de episodio arrítmico maligno) y el pobre beneficio diagnóstico (Diagrama 3).

2.2.2.2 *El dolor torácico en los mayores de 35 años*

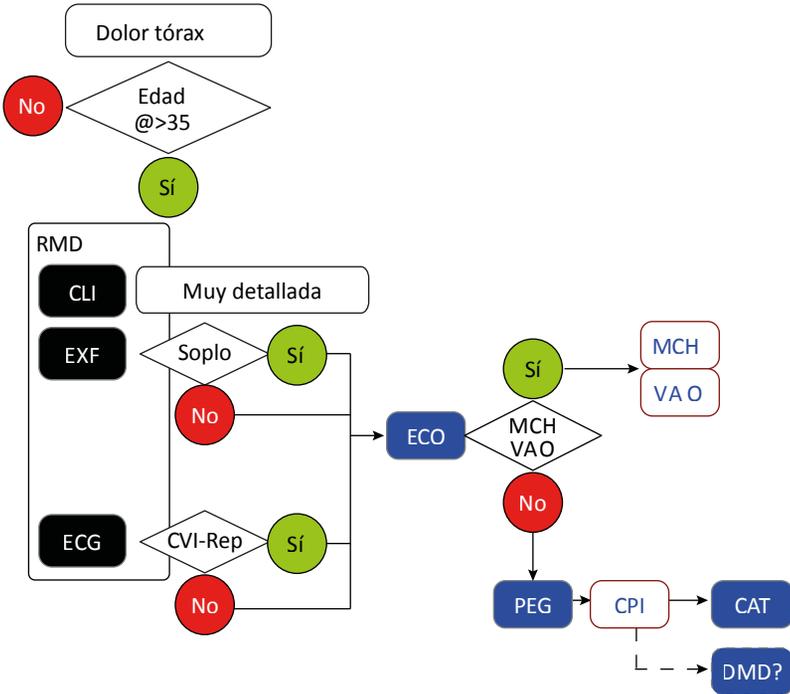
El DTX referido en sujetos de edad superior a 35 años tiene un hecho distintivo del de aquellos de menor edad: la probabilidad *a priori* de enfermedad coronaria como causa del dolor es significativamente mayor. El proceso diagnóstico es inicialmente igual que en el otro tramo de edad. Tras una correcta anamnesis y una búsqueda de soplo significativo en la EXF, se rea-



CAT: cateterismo cardíaco; CCG: coronariopatía congénita; CLI: sintomatología; CVI-Rep: crecimiento ventricular izquierdo o alteraciones de la repolarización; DMD: tomografía computarizada coronaria de alta resolución; ECG: electrocardiograma de reposo; ECO: ecocardiograma; EXF: exploración física; MCH: miocardiopatía hipertrófica; RMD: reconocimiento médico deportivo; RM: resonancia magnética cardíaca; Soplo: soplo sistólico compatible.

Diagrama 3.

liza un ECG en el seno del RMD. Dado el tramo de edad, después estaría indicada la realización de una PEG, pero es necesario señalar que solo debe hacerse una vez descartada por completo la presencia de una enfermedad aórtica y de una MCH. En ningún caso debe hacerse la PEG, por el riesgo inherente a ella, si se conoce la existencia de cualquiera de esas dos enfermedades, pero sí debe hacerse en caso de que haya un DTX de sospecha sin otros signos clínicos. También se llevará a cabo si hay alteraciones de aspecto isquémico en el ECG (en ausencia de EAO, IAO y MCH) (Diagrama 4).



CAT: cateterismo cardiaco; CLI: sintomatología; CPI: cardiopatía isquémica/coronariopatía; CUI-Rep: crecimiento ventricular izquierdo o alteraciones de la repolarización; DMD: tomografía computarizada coronaria de alta resolución; ECG: electrocardiograma de reposo; ECO: ecocardiograma; Soplo: soplo sistólico compatible; EXF: exploración física; MCH: miocardiopatía hipertrófica; PEG: prueba de esfuerzo graduada; RMD: reconocimiento médico deportivo.

Diagrama 4.

Tras la secuencia anamnesis → EXF → ECG → ECO → PEG, si se demuestra o sospecha de manera bien fundamentada una enfermedad coronaria, probablemente un CAT tenga un mayor rendimiento diagnóstico que un DMD, porque hay muchas posibilidades de que el CAT se continúe en el mismo acto con un procedimiento intervencionista, lo que evita un procedimiento intermedio. Solo en el caso de que la positividad isquémica de la PEG sea a alta carga, por encima de 8-10 MET/BRUCE-3, puede plan-