

Número: 053
GT: Electrofisiología
Tipo: Caso Clínico
País: Uruguay
Idioma: es

Muerte súbita en el deporte

Nahiarra Lequini¹; Arturo Pazos¹; Alejandro Cuesta¹

1 - Cátedra de Cardiología, CCVU, Hospital de Clínicas.

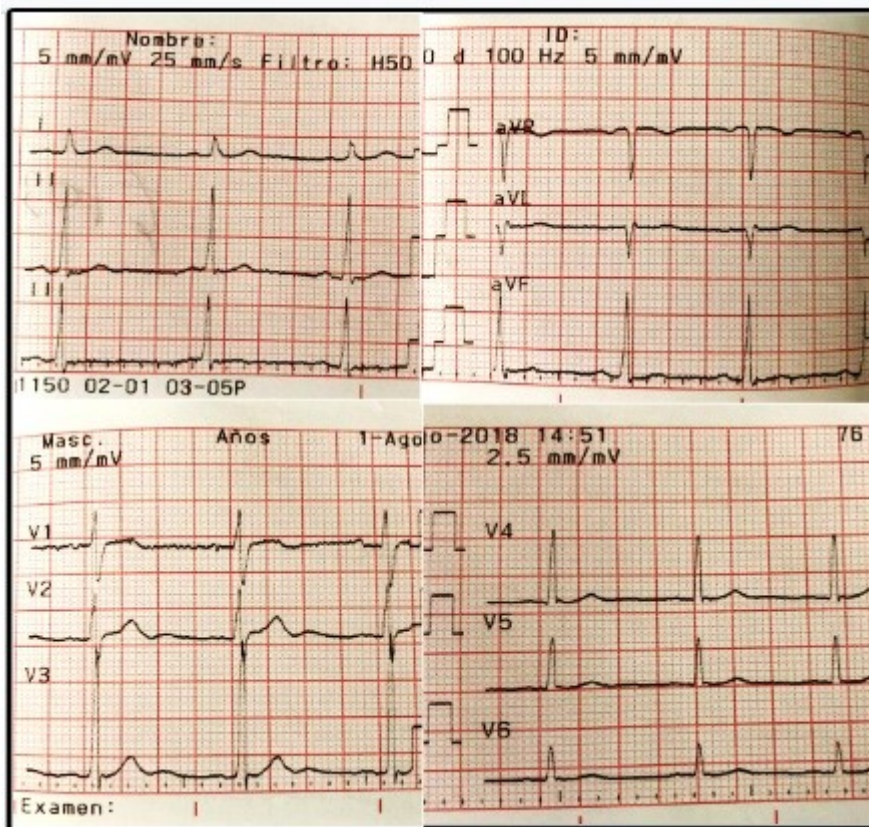
Introducción

La muerte súbita en el deporte se presenta en sujetos presuntamente sanos durante la realización de la actividad deportiva o hasta 1 hora tras su finalización. Tiene baja incidencia (mayor en sexo masculino y en afrodescendientes) pero alto impacto, lo que obliga a desarrollar medidas de prevención que incluyen evaluación predeportiva, formación en RCP y accesibilidad a DEA.

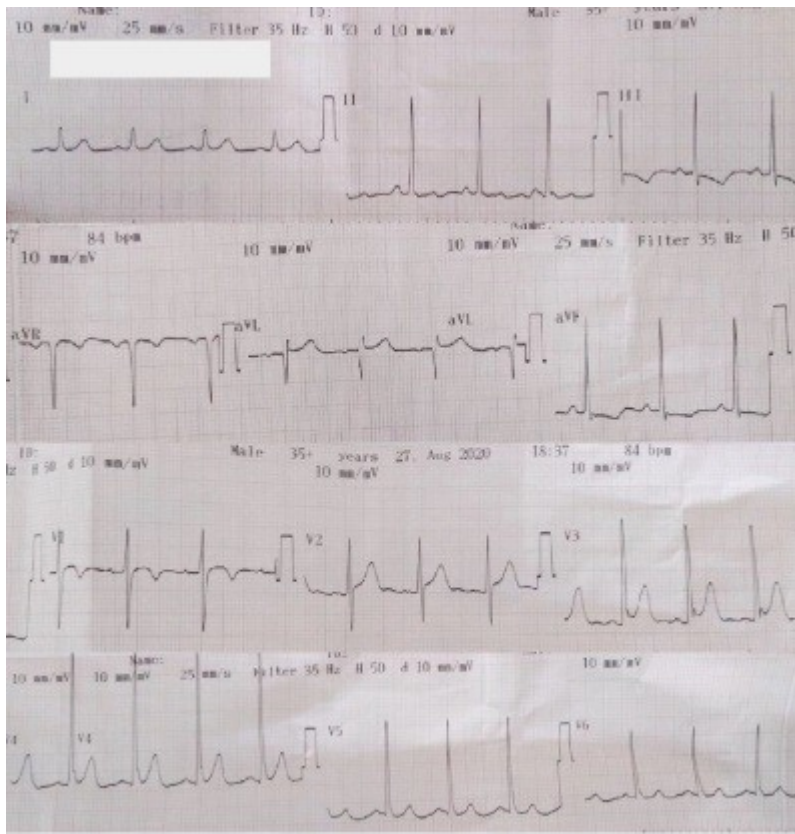
Caso Clínico

Sexo masculino 18 años, deportista profesional (futbolista). Sin antecedentes personales ni familiares conocidos. En evaluación predeportiva se realiza anamnesis, examen físico, ECG (Figura 1) y ETT sin detectar alteraciones. 2 años después, mientras realizaba entrenamiento de fútbol presenta PCR. Personal médico inicia maniobras de reanimación con asistencia de DEA recibiendo 2 desfibrilaciones. Retoma circulación espontánea, se procede a intubación orotraqueal y se traslada a emergencia.

Pruebas complementarias



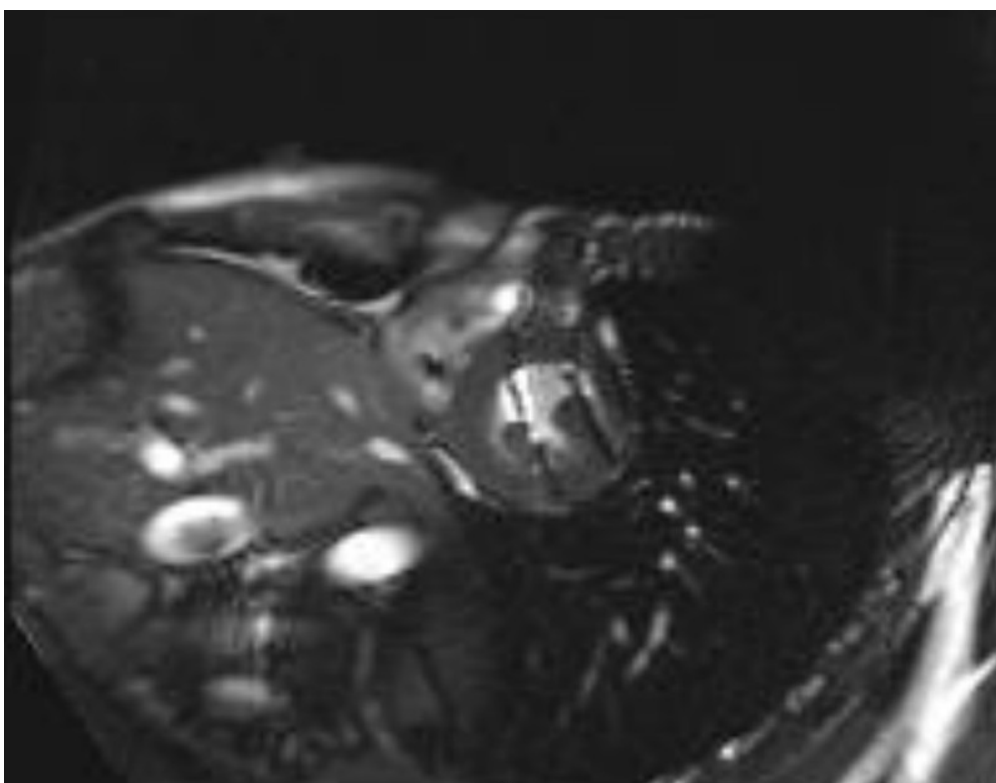
ECG realizado en evaluación predeportiva evidenciaba ritmo sinusal 75 cpm, onda P normal, PR 140 ms, QRS 80 ms, sin alteraciones de la repolarización, QTc 450 ms (Figura 1).



ECG post PCR evidencia ritmo sinusal 80 cpm, onda P normal, PR 140 ms, EEM -30° , QRS 80 ms con voltajes aumentados, elevación cóncava del ST en V3-V4, ondas T invertidas asimétricas en DIII y aVF, QTc normal (Figura 2). Análítica sanguínea sin alteraciones. ETT informa VI hipertrófico (masa 118 g/m², RWT 0.62, PPD 14 mm, SIVD 13 mm), hipertrofia de ambos músculos papilares. FEVI 65%.

Diagnóstico

Tras interrogatorio de DEA se realiza diagnóstico de PCR por fibrilación ventricular, en éste caso relacionada al deporte, en un paciente con evaluación predeportiva sin alteraciones. De la valoración realizada posterior al evento se destaca ECG con signos de repolarización precoz y ETT compatible con probable MH. En la evolución no reitera episodios arrítmicos. Presentó injuria encefálica y complicaciones infecciosas respiratorias que prolongaron la estadía hospitalaria. Inicia rehabilitación con buena respuesta y se implanta CDAI en prevención secundaria, procedimiento sin complicaciones. En la evolución se realiza CR (Figura 3) que resulta subóptima por interferencia del electrodo desfibrilador y no aporta más información. En controles ambulatorios e interrogatorio de CDAI permanece asintomático en lo cardiovascular, sin reiterar arritmias. Para definir el diagnóstico entre repolarización precoz y MH se podría realizar un estudio genético.



Discusión

La actividad física y el deporte realizados de forma regular han demostrado ser beneficiosos para la salud, aunque paradójicamente aumentan el riesgo de muerte súbita. El entrenamiento genera cambios clínicos, morfológicos y eléctricos sobre el corazón del deportista que pueden confundirse con condiciones patológicas, lo que representa un desafío diagnóstico. La evaluación predeportiva ha demostrado prevenir los eventos adversos, por lo que se recomienda su realización en menores de 35 años incluyendo una anamnesis completa, examen físico y ECG. La realización rutinaria de estudios de imagen no está recomendada en ausencia de criterios clínicos o electrocardiográficos de riesgo. Dado el carácter evolutivo de las condiciones patológicas que aumentan el riesgo de muerte súbita, según las recomendaciones actuales la valoración debe renovarse de forma periódica cada 2 años.
