

Cartas al Editor

Comentarios a la utilidad del ecocardiograma en la revisión preparticipativa de deportistas de competición**Comments on the Usefulness of Echocardiography in Preparticipation Screening of Competitive Athletes**

Sra. Editora:

Ante todo, quiero felicitar a los autores del citado artículo¹ por su aportación a la necesaria investigación en el campo de la cardiología deportiva, y digo necesaria porque es un tema muy complejo y con más incógnitas que respuestas. Pienso que la conveniencia de sumar o restar pruebas al reconocimiento preparticipativo es un tema muy polémico; por eso me llaman la atención la visión tan polarizada y las conclusiones tan categóricas a las que llegan los autores. Con esto no pretendo criticar el trabajo, sino más bien reflejar la polémica que de hecho existe y no se plasma en la publicación. Me referiré, por lo tanto, a lo relativo a la prevención de la muerte súbita y los casos en que se ha hecho alguna intervención, y no a los casos de hallazgos menores que pasan a seguimiento.

La capacidad del ecocardiograma para diagnosticar cardiopatías silentes es incuestionable. Sin duda, puede detectar afecciones que pasan inadvertidas en un reconocimiento preparticipativo básico (historia con antecedentes familiares y personales, síntomas, exploración y electrocardiograma). Es ahí donde radica precisamente su peligro.

Uno de los ejemplos más ilustrativos es el de las anomalías en el origen de las arterias coronarias: asusta el potencial diagnóstico del ecocardiograma en este contexto. La sensibilidad de los nuevos ecógrafos para identificar el origen de las coronarias es > 95% en deportistas. Con base en los datos disponibles actualmente², el origen anómalo de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo es unas 6 veces más frecuente que el origen anómalo de la coronaria izquierda en el seno coronario derecho. Los casos de muerte súbita de pacientes asintomáticos con origen anómalo de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo son muy escasos, y la inmensa mayoría de las muertes súbitas por anomalías coronarias se deben a un origen anómalo de la coronaria izquierda en el seno coronario derecho (en los registros más importantes, las proporciones son 21:0 y 14:1). Esta escasísima frecuencia de origen anómalo de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo entre los fallecidos con una prevalencia tan alta en sujetos vivos asintomáticos hace posible incluso la asociación casual. Sin embargo, tanto las recomendaciones europeas como las americanas coinciden en descalificar ambos de la competición sin hacer distinciones, y si no hay una corrección quirúrgica por medio, con tests de detección de isquemia negativos tras la cirugía. Pues bien, en un estudio para evaluar los resultados de la reparación quirúrgica de las anomalías en el origen de las coronarias, se reportan unos resultados del 50% de los pacientes con signos de isquemia a los 15 meses de la reparación en los pacientes con origen anómalo de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo, frente a un 10% entre los pacientes con origen anómalo de la coronaria izquierda en el seno coronario derecho. Estos datos hacen muy tentador buscar el origen de la coronaria izquierda cuando realizamos un ecocardiograma, pero el cribado

sistemático de origen anómalo de la coronaria derecha en el seno coronario izquierdo (entidad que parece mayoritariamente benigna y, sin embargo, con tantas implicaciones) puede tener consecuencias muy negativas.

Por otro lado, no queda claro cómo era el reconocimiento preparticipativo básico en los pacientes a los que se intervino de alguna manera (descalificación o tratamiento). Se mencionan unas T negativas que de todos modos habrían motivado la realización de un ecocardiograma en uno de los casos de miocardiopatía hipertrófica. No se menciona si había o no síntomas, antecedentes o hallazgos como el propio *pectus excavatum*, posibles soplos en el *ductus* arterioso o la estenosis pulmonar, crecimientos cavitarios eléctricos en la comunicación interauricular, etc., que también habrían llevado a la realización de un ecocardiograma. Este hecho puede dar lugar a una visión sesgada de la verdadera aportación del ecocardiograma sistemático como parte del reconocimiento preparticipativo.

Las estrategias dirigidas a aumentar la sensibilidad de los reconocimientos no hacen más que contribuir al conflicto que ya en su día despertó el electrocardiograma y que aún sigue sin resolverse. Cualquier medida dirigida a aumentar la sensibilidad para detectar a tiempo un problema tan poco incidente como la muerte súbita en el deporte aumenta sistemáticamente el número de deportistas no aptos para la competición que jamás habrían muerto. Es fácil caer en la ilusión de que salvar una vida no tiene precio, pero, de hecho, sí que lo tiene. Se corre el peligro de menoscabar muchas vidas por una sola salvada; y eso si realmente se salva. Por suerte o por desgracia, no hay forma de medir la importancia relativa de cada una de ellas.

A modo de reflexión, se me ocurre pensar que, en el proceso de buscar afección y correr el riesgo de equivocarnos por exceso, el propio interesado, el deportista, debería ser quien tenga la última palabra siendo conocedor de lo que sabemos y lo que no. El reconocimiento preparticipativo no deja de ser un acto médico no exento de peligros para los que, en muchos otros casos, se considera necesario el consentimiento informado.

Zigor Madaria

Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

Correo electrónico: Zigormadaria@hotmail.com

On-line el 16 de julio de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Grazioli G, Merino B, Montserrat S, Vidal B, Azqueta M, Pare C, et al. Utilidad del ecocardiograma en la revisión preparticipativa de deportistas de competición. Rev Esp Cardiol. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.023>
2. Gersony WM. Management of anomalous coronary artery from the contralateral coronary sinus. J Am Coll Cardiol. 2007;50:2083-4.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.023>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.05.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.012>