

«Me fatigo y me noto palpitaciones muy a menudo». Síndrome de taquicardia postural ortostática

“I feel fatigue and palpitations very often”.
 Postural orthostatic tachycardia syndrome

Enrique Ricart Torres^a

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de salud de la UD-MAFYC de Castelló. Castelló (España)

CORRESPONDENCIA:

Enrique Ricart Torres. Hospital General Universitari de Castelló, Edificio Anexo. Av. de Benicàssim, s/n. 12004 Castelló (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

ricart_entrort@gva.es

Recibido el 7 de marzo de 2023.
 Aceptado para su publicación el 1 de junio de 2023.

RESUMEN

El síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS) es una entidad poco conocida, pero que en ocasiones puede llegar a ser muy invalidante.

A pesar de que se han descrito casos asociados tras una infección por COVID, es importante la orientación clínica clara para poder atender a las personas de manera adecuada y que no tarden en tener un diagnóstico, a fin de que puedan reanudar su vida anterior a la aparición de la patología.

Su tratamiento requiere de un plan consensuado con medidas farmacológicas y no farmacológicas que pueden adaptarse según vayan variando, para lo cual se ha propuesto el uso de la puntuación POTS de Malmö o MAPS (Malmö POTS Symptom Score).

Palabras clave: síndrome de taquicardia postural ortostática, tratamiento, COVID persistente.

ABSTRACT

POTS syndrome (Postural Orthostatic Tachycardia) is a little-known entity but that can sometimes be very disabling.

Despite the fact that associated cases have been reported after a COVID infection, clear clinical guidance is important to care for patients adequately. This is essential so that the patient does not take long to find a diagnosis and can resume his life prior to the onset of the pathology.

Its treatment requires an agreed plan with pharmacological and non-pharmacological measures that can be tailored as they vary, whereby the use of the Malmö POTS score (MAPS) has been proposed.

Keywords: Long COVID, Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome, Treatment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS) es un trastorno caracterizado por intolerancia ortostática. Se describe como una respuesta autonómica anormal que causa aumento de la frecuencia cardíaca y aparición de síntomas que se manifiestan mientras se mantiene una postura erguida o tras inclinación de la cabeza hacia atrás, y que incluye mareos, visión borrosa, debilidad generalizada, fatiga, palpitaciones, ansiedad, náuseas, disnea o dolor de cabeza^{1,2}.

Su etiología no está bien definida y hay diferentes hipótesis sobre la fisiopatología del síndrome. Dada la complejidad y variabilidad de síntomas asociados, en ocasiones los/las pacientes han llegado a tener un diagnóstico psiquiátrico antes de ser diagnosticados de POTS^{2,3}.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años que acude a la consulta porque ha sido diagnosticada recientemente de un soplo cardíaco en su empresa. Refiere que desde hace 1 año aproximadamente tiene dicha sensación y que, tras contagiarse de COVID-19, se acentuaron los síntomas y ha llegado a presentar falta de fuerza, sensación de disnea con la marcha de aparición intermitente (aunque no todos los días) e intolerancia a esfuerzos físicos. Todo ello ha afectado a sus relaciones sociales.

Presentaba antecedentes de cifoescoliosis congénita con hemivértebra en D12, por lo que precisó de corrector ortopédico raquídeo.

Tras una exploración exhaustiva, únicamente destaca un soplo eyectivo II-VI pansistólico. Se le hace un electrocardiograma (ECG) en el que se constata una taquicardia sinusal a 95-100 lpm con PR normal, QRS estrecho y eje a 60°, con aplanamiento de onda T inferolateral como alteración inespecífica de la repolarización (**figura 1**). También se inicia estudio analítico y se observa: hormona estimulante de la tiroides (TSH): normal; ferropenia sin anemia y perfil lipídico subóptimo (antecedentes familiares maternos de dislipemia). Se indica toma de frecuencia cardíaca en domicilio.

A pesar de ello, al cabo de unos días, presenta un nuevo episodio de sensación de palpitaciones y dolor torácico tipo pinchazo de días de evolución y acude a urgencias hospitalarias. Refiere asociar náuseas y sensación de malestar general. Manifiesta no presentar tos, ni odinofagia. Tampoco alteraciones de tracto intestinal.

Basalmente, presenta tensión arterial de 130/70 mmHg y frecuencia cardíaca de 96 lpm. Tras bipedestación, no presenta cambios significativos en la tensión, pero llega a tener taquicardias de hasta 129

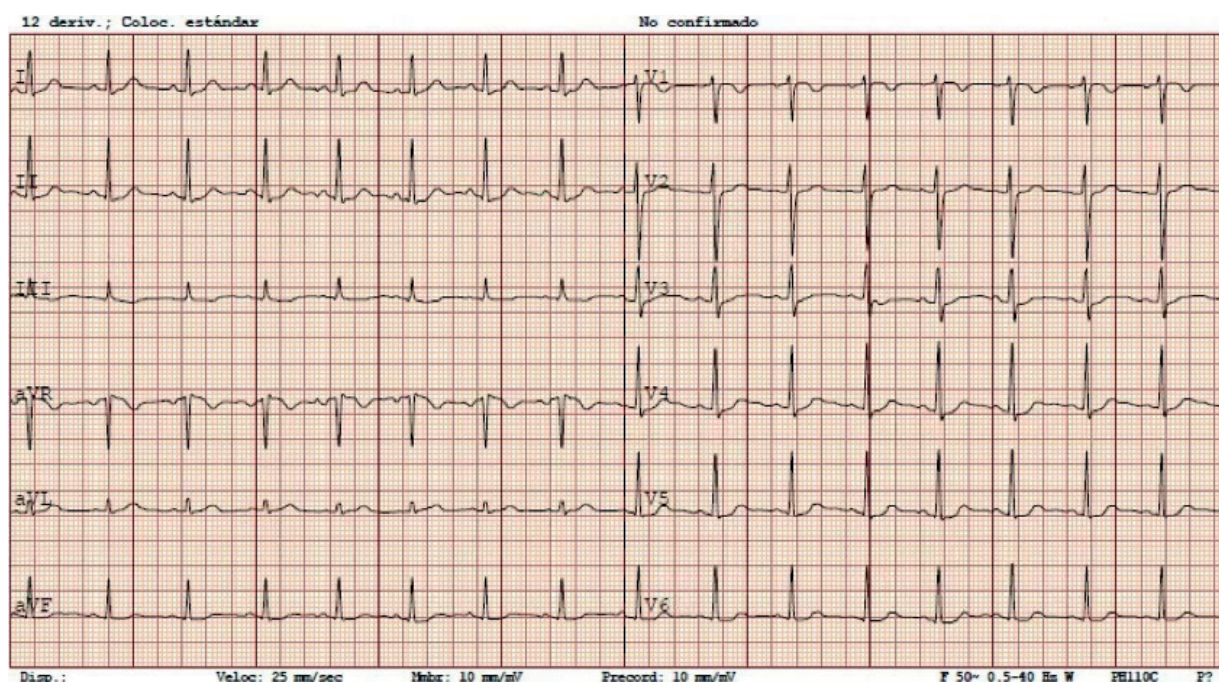
lpm. Se solicitan pruebas complementarias: radiografía (Rx) de tórax sin hallazgos patológicos, un nuevo ECG, que es similar al anterior, y nueva analítica, en la que no se observan alteraciones en parámetros de daño miocárdico, iónicas, ni de reactantes de fase aguda.

Se contacta con cardiólogo de guardia, que hace una ecoscopia VSCAN en la que se observa: ventrículo izquierdo (VI) no dilatado ni hipertrófico con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) > 65% sin segmentarismos en reposo. Ventrículo derecho (VD) visualmente no dilatado con función sistólica conservada. Válvula aórtica trivalva con velo no coronario hipoplásico, sin regurgitación. Billowing de velo anterior mitral desde paraesternal sin prolapso, con insuficiencia mitral central grado I. Válvulas tricúspide y pulmonar sin hallazgos significativos. SIA íntegro al color desde todos los planos. No se observa derrame pericárdico. Su impresión diagnóstica es de soplo funcional sin valvulopatías significativas asociado a POTS.

Al alta por cardiología, se recomienda una adecuada hidratación y aumentar la ingesta de sal, así como hacer ejercicio físico en función de la sintomatología. El cardiólogo pauta ivabradina 2,5 mg cada 24 horas, que se podría aumentar a cada 12 horas en caso necesario. Sin embargo, su médico de familia considera, antes de iniciar este tratamiento, que no es la mejor opción dados los efectos secundarios, ya que es una mujer en edad fértil, por lo que se opta por administrarle bisoprolol 2,5 mg 1/2-0-0, aumentando hasta tolerancia y disminución de clínica, dado que se trata de un fármaco más seguro y económico.

En un control, pasadas 2 semanas, se objetivó disminución de síntomas, así como mejoría anímica que se relacionaba con haber reanudado su vida social.

Figura 1. Electrocardiograma realizado en el centro de salud



DISCUSIÓN

En Estados Unidos, la población afectada no supera el 0,2-1%, y es más prevalente en mujeres que en hombres (3:1, o incluso 5:1)³⁻⁵.

El POTS se define como un incremento sintomático y sostenido de la frecuencia cardíaca de 30 lpm o más dentro de los 10 minutos de ponerse de pie o inclinar la cabeza hacia atrás en ausencia de hipotensión ortostática; la frecuencia cardíaca de pie suele ser de 120 lpm o más. Para individuos de 12-19 años, el incremento requerido para el diagnóstico es de al menos 40 lpm^{1,3-4}.

Tras la pandemia actual, se han descrito casos asociados a las infecciones del SARS-CoV-2, por lo que teniendo en cuenta las alteraciones que la infección puede producir a nivel del sistema nervioso, puede llegar a comportarse como un desencadenante del POTS, dentro del denominado COVID persistente⁶⁻⁸.

Para el control de los síntomas asociados al síndrome, se ha utilizado el cuestionario Malmö POTS Symptom Score (MAPS; figura 2), mediante la autoevaluación de la carga de síntomas utilizando una escala analógica visual graduada de 0 (sin síntomas) a 10 (síntomas muy pronunciados). Evalúa la percepción del propio paciente de 12 síntomas frecuentes: cinco síntomas cardíacos (palpitaciones, mareos, presíncope, disnea y dolor torácico) y siete síntomas no cardíacos (síntomas gastrointestinales, insomnio, dificultades de concentración, cefalea, mialgias, náuseas y fatiga) durante los 7 días previos⁴.

El tratamiento implica enfoques no farmacológicos (ingesta de líquidos y sal, contramaneobras físicas, prendas de compresión, entrenamiento físico) y farmacológicos (betabloqueadores, piridostigmina, fludrocortisona, midodrina, ivabradina). A pesar de las diferentes posibilidades que existen, no hay evidencia para la recomendación de un tratamiento de primera línea^{1,9}.

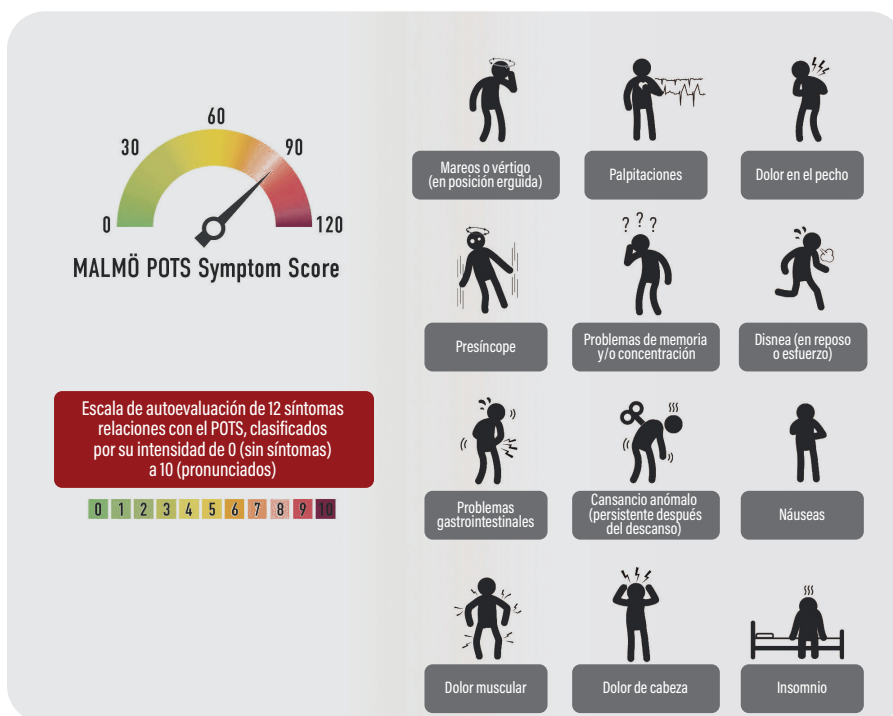
Tal como se ha planteado en la descripción del caso, el hecho de haber hecho un estudio pormenorizado previo por el médico especialista de Atención Primaria es fundamental para que la/el paciente no tarde en encontrar un diagnóstico y pueda reanudar su vida anterior a la aparición de la patología, ya sea por parte del mismo médico o por el especialista hospitalario.

Se trata de una enfermedad de baja frecuencia de presentación, pero dada la situación actual de los síndromes de COVID persistente es importante hacer buenas historias clínicas y exploraciones adecuadas, y tener en cuenta la posibilidad de su existencia.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito de la paciente para la publicación del manuscrito.

Figura 1. Cuestionario Malmö POTS Symptom Score para la evaluación de los síntomas en el síndrome de taquicardia ortostática postural



Modificada de: Spahic JM, 2023⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cutsforth-Gregory JK, Sandroni P. Clinical neurophysiology of postural tachycardia syndrome. *Handb Clin Neurol.* 2019;161:429-45.
2. Benarroch EE. Postural tachycardia syndrome: a heterogeneous and multifactorial disorder. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(12):1214-25.
3. Sebastian SA, Co EL, Panthangi V, Jain E, Ishak A, Shah Y, et al. Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS): An update for clinical practice. *Curr Probl Cardiol.* 2022;47(12):101384.
4. Spahic JM, Hamrefors V, Johansson M, Ricci F, Melander O, Sutton R, et al. Malmö POTS symptom score: Assessing symptom burden in postural orthostatic tachycardia syndrome. *J Intern Med.* 2023;293(1):91-9.
5. Knoop I, Picariello F, Jenkinson E, Gall N, Chisari C, Moss-Morris R. Self-reported symptom burden in postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS): A narrative review of observational and interventional studies. *Auton Neurosci.* 2023;244(103052):103052.
6. Raj SR, Arnold AC, Barboi A, Claydon VE, Limberg JK, Lucci V-EM, et al. Long-COVID postural tachycardia syndrome: an American Autonomic Society statement. *Clin Auton Res.* 2021;31(3):365-8.
7. Goldstein DS. The possible association between COVID-19 and postural tachycardia syndrome. *Heart Rhythm.* 2021;18(4):508-9.
8. Miglis MG, Prieto T, Shaik R, Muppidi S, Sinn D-I, Jaradeh S. A case report of postural tachycardia syndrome after COVID-19. *Clin Auton Res.* 2020;30(5):449-51.
9. Wells R, Elliott AD, Mahajan R, Page A, Iodice V, Sanders P, et al. Efficacy of therapies for postural tachycardia syndrome: A systematic review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(8):1043-53.