

# Síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS)



**Félix J. Fojo, MD**  
felixfojo@gmail.com  
ffojo@homeorthopedics.com

**M**aría Julia, estudiante de Medicina de 21 años de edad, padeció un cuadro de faringitis aguda acompañada de fiebre moderadamente alta, un breve *rash* cutáneo y cierto grado de esplenomegalia dolorosa que se extendió por unos dos meses. La condición fue debidamente diagnosticada como una mononucleosis infecciosa y el tratamiento consistió principalmente en reposo en cama y en medidas generales de apoyo.

La evolución de esta enfermedad viral fue favorable y resolutive pero, al poco tiempo, aproximadamente un mes después, la joven comenzó a notar, al levantarse de la cama por las mañanas o simplemente al cambiar de posición con alguna brusquedad durante el día, mareos que podían llegar al desmayo, visión borrosa o lo que ella describió como “una niebla en los ojos y la cabeza”, intolerancia a la luz, temblores, sudoración profusa, náuseas y, en ocasiones vómitos, marcada debilidad muscular, opresión en el pecho, taquicardia y palpitaciones, sensaciones alternativas de frío y calor, diarreas, ansiedad, nerviosismo, breves ataques de pánico, pérdida de concentración, cefaleas occipitales con dolores irradiados al cuello y dificultad para conciliar el sueño en las noches.

Aunque lograba comer algo recostada en la cama, la ingesta –sobre todo si era algo abundante– de continuar, terminaba por desencadenar los síntomas antes descritos. Su médico de familia detectó varias veces presiones arteriales de 110/65 mmHg que se alternaban con otras de 125/95 y siempre con un pulso sobre los 120 latidos por minuto con extrasístoles aislados. Todo esto, unido a un evidente deterioro de su calidad de vida, llevó a la decisión de remitirla inmediatamente al cardiólogo.

El especialista diagnosticó, después de un detenido examen, un síndrome de taquicardia postural ortostática, conocido también como POTS. Este término fue acuñado en 1993 por un equipo de la Clínica Mayo

dirigido por el neurólogo Phillip Low y el cardiólogo L. Schondorf. Pero una revisión retrospectiva demuestra que, a través de los años y por lo menos desde la Primera Guerra Mundial, el síndrome ha sido denominado (o confundido) como astenia neurocirculatoria, síndrome de Da Costa, corazón de soldado, intolerancia ortostática crónica, prolapso de la válvula mitral, síndrome hiperadrenérgico e hipovolemia idiopática, entre otros.

Este síndrome se atribuyó inicialmente a varios factores, pero hoy sabemos que se trata de una disautonomía, o sea, de una malfunción del sistema nervioso autónomo. La causa directa de esta disautonomía permanece oscura. Generalmente hace su aparición en mujeres jóvenes (alrededor del 80% de los casos), sin encontrarse una causa clara a la cual atribuirlo. Cuando es así, se le denomina POTS idiopático. Por el contrario, se relaciona en el tiempo con accidentes físicos de cierta seriedad, enfermedades virales, anemias agudas o crónicas, condiciones autoinmunes, síndrome de fatiga crónica, diabetes mellitus de reciente aparición, alcoholismo y drogadicción, síndromes paraneoplásicos, enfermedad de Ehlers-Danlos, esclerosis múltiple, cirugías mayores u otras noxas, denominándose entonces POTS secundario. Algunos trabajos recientes lo han reportado en militares varones entre los 19 y los 25 años de edad.

El síndrome, debidamente tratado, suele mejorar con el tiempo (entre 3 y 5 años) y las personas que lo padecen, por lo menos en un 75% de los casos, van aprendiendo a manejar los síntomas y su calidad de vida mejora relativamente. Aunque se ha reportado la desaparición de los síntomas en casos aislados, se le considera una enfermedad crónica. Debe recordarse que no hay dos pacientes de POTS iguales.

El tratamiento medicamentoso y físico, que es complejo, debe ser estrictamente controlado por un especialista con experiencia en estos casos. **G**