

Caso clínico

SÍNDROME DE BRUGADA INCOMPLETO

**Victòria Sabaté Cintas¹, Laura Clotet Romero²,
Montserrat Rubio Villar³**

1 Médica de familia. ABS Creu Alta (Sabadell)

2 Médica de familia. ABS Serraparera (Cerdanyola del Vallès)

3 Médica de familia. ABS Canaletes-Fontetes (Cerdanyola del Vallès)

CORRECTORAS

Lurdes Alonso (Comité editorial)

Mar Domingo (Grupo de trabajo Enfermedades del corazón)

Correspondencia:

Victòria Sabaté Cintas

ABS Creu Alta

C. de Castellar del Vallès, 222

08208 Sabadell

Dirección electrónica: vicsabate@hotmail.com

Publicado: 1 de junio del 2009

Butlletí 2009, 27:8

Este artículo está disponible en:

http://butlleti.camfic.org/Volum_26/CC_Brugada_CAST.aspx

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Introducción

El Síndrome de Brugada (SB) es una arritmia cardíaca hereditaria (autosómica dominante) sin cardiopatía estructural que produce fibrilación ventricular con pérdida de conocimiento y muerte súbita.

La prevalencia estimada es de 5/10.000 habitantes ¹. Su distribución es de 8:1 con predominio en varones y edad media de aparición de 40 años.

Descripción del caso

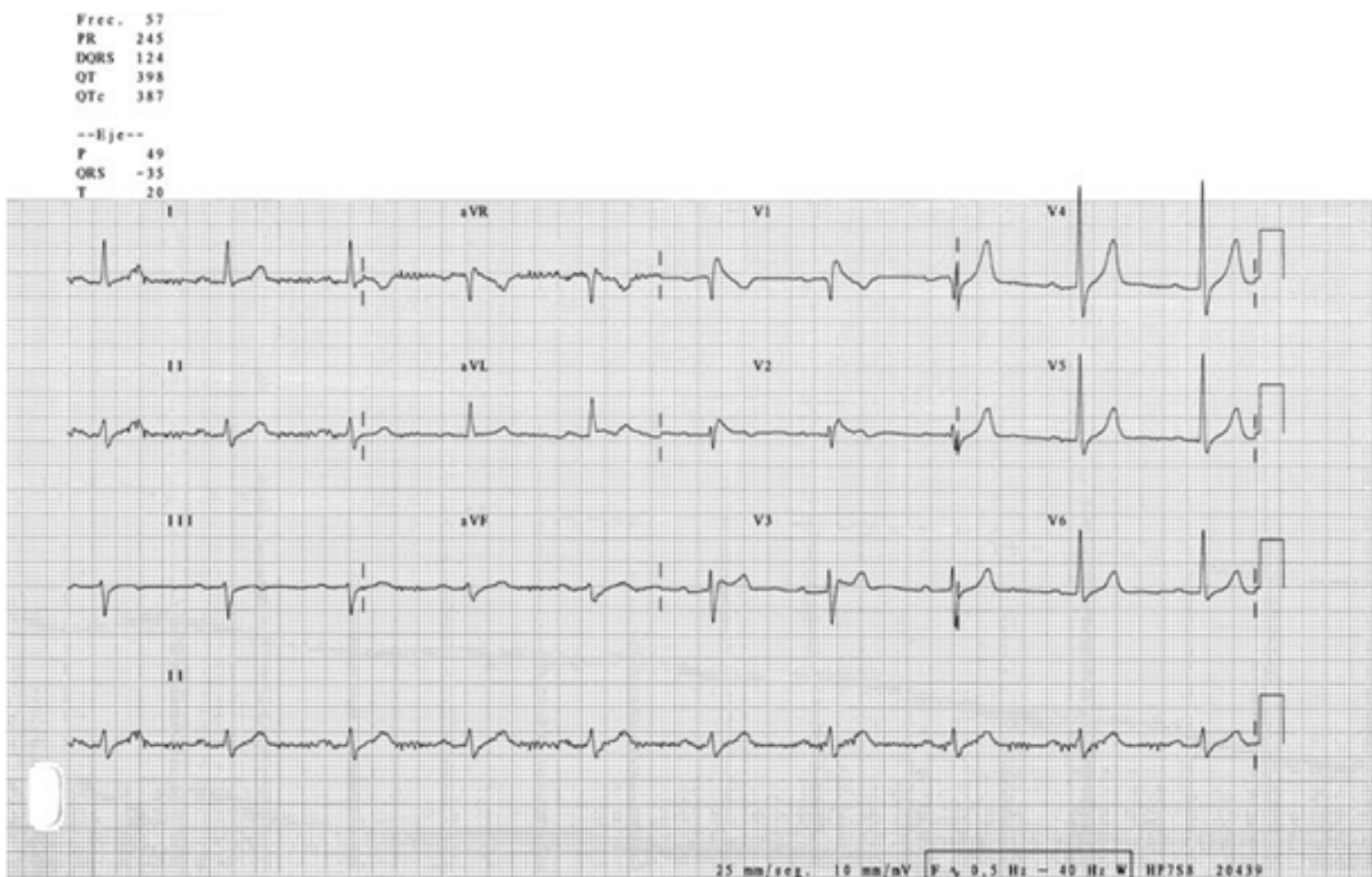
Hombre de 31 años. Antecedentes de crisis de ansiedad y dislipemia en tratamiento con dieta, no alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos.

Consulta por congestión nasal, odinofagia, tos seca, mialgias y fiebre alta. En la última semana ha presentado 3 prelipotímias coincidiendo con picos febriles. La exploración física es normal y se diagnostica una virasis de vías altas iniciando tratamiento con paracetamol, reposo e ingesta abundante de líquidos.

A los 5 días vuelve por 2 pérdidas de conocimiento de 1-2 minutos de duración sin desencadenante (ya no tiene fiebre). La exploración física vuelve a ser normal pero el electrocardiograma muestra ritmo sinusal a 60 l.p.m., eje QRS a -30° , bloqueo rama derecha con elevación ST en V1, V2 y V3. (**Figura 1**).

FIGURA 1. Síndrome de Brugada.

Patrón similar al bloqueo de rama derecha con alargamiento del segmento P-R y elevación del segmento ST en V1-V3.



Por presentar un ECG alterado y clínica de síncope se decide derivación al Hospital de referencia para estudio. En urgencias de diagnostica un Síndrome de Brugada y el paciente se queda ingresado hasta la colocación de un Desfibrilador Automático (DAI).

En la actualidad el paciente se encuentra asintomático y realiza una actividad diaria dentro de la normalidad.

Discusión

El Síndrome de Brugada se caracteriza por una alteración de los canales de sodio que produce trastornos en la conducción y arritmias ventriculares malignas ^{2,3}. Se asocia a síncope y muerte súbita en jóvenes durante el sueño y situaciones de aumento tono vagal. La exploración física suele ser normal pero presenta alteraciones electrocardiográficas; el ECG típico muestra bloqueo de rama derecha con elevación del ST y punto J en derivaciones precordiales (V1,V2,V3).

Existen dos clasificaciones posibles:

Clasificación electrocardiográfica ⁴: Manifiesto (ECG típico), latente (ECG alterado tras bloquear los canales de sodio con fármacos) y oculto (ECG normal). Clasificación clínica: Completo (ECG típico y familiares con muerte súbita) e incompleto (ECG típico sin antecedentes familiares).

El tratamiento se basa en la colocación de un desfibrilador automático (DAI), con el cual la supervivencia es excelente y se puede llevar una vida totalmente normal ⁵.

Conclusión: Es importante estudiar con atención todos los síncope que vemos en atención primaria para detectar este tipo de patologías. Debemos prestar especial atención a los varones jóvenes con pérdidas de conocimiento o lipotimias que presenten una exploración física normal. Es recomendable hacer un ECG por la buena relación coste-riesgo/beneficio.

Bibliografía

1. Letsas KP, Sideris A, Efremidis M, Pappas LK, Gavrielatos G, Filippatos GS, Kardaras F.J. Prevalence of paroxysmal atrial fibrillation in Brugada syndrome: a case series and a review of the literature. Cardiovasc Med (Hagerstown).2007 Oct;8(10):803-6.
2. Boussy T, Sarkozy A, Brugada P. The Brugada syndrome: update 2006. Arch Mal Coeur Vaiss. 2007 Oct;100(10):865-71.
3. Rossenbacker T, Priori SG. The Brugada syndrome Curr Opin Cardiol.2007 May;22(3):163-70.
4. Farwell D, Gollob MH. Electrical heart disease in normal structural hearts. Can J Cardiol. 2007 Aug; 23Suppl A:16A-22A.
5. Shimizu W. The Brugada syndrome-an update. Intern Med 2005 Dec;44(12): 1224-31