

¿Autorización para conducir vehículos públicos a un portador de Síndrome de Brugada con CDI implantado? - 2006

Dra. Silvia Nanfara

Amigos y colegas, quiero consultar con los expertos en arritmias sobre un caso:

Se trata de un hombre de 43 años quien realizo un ECG de rutina para conseguir su Licencia Nacional Habilitante para transporte de pasajeros.

No tiene antecedentes personales ni familiares de sincope ni MS.

Su ECG mosstró patrón compatible con Síndrome de Brugada.

Fue derivado desde Rio Gallegos, provincia de Santa Cruz, Argentina a Capital Federal para realizar EEF.

Se realizó prueba de Ajmalina, que confirmó el diagnóstico y se indujo fibrilación ventricular con 2 extraestímulos.

Se le coloco CDI y ahora viene a mi consulta: ¿puede o no este paciente conducir vehiculoa para realizar transporte de pasajeros?

Muchas Gracias

Dra.Silvia Nanfara

Hospital Regional Rio Gallegos

Rio Gallegos

Provincia de Santa Cruz, Argentina

OPINIONES DE COLEGAS

Estimada colega: es todo un caso, por lo que significa para este hombre, por su sustento, su dignidad y su familia el decidir si debe alejarlo del trabajo o no.

La pregunta se responde si Ud se imagina dentro de un transporte de pasajeros, abarrotado, mientras este pobre hombre tiene una descarga de su CDI. El equipo está colocado para salvarle la vida, pero no socialmente. con todo el pesar que significa creo deberá prohibirle esa actividad.

Como es también importante, le pregunto por el screening a la familia.

Atte. Dr. Simón Pero Bellido.

No se le debe dar la licencia ya que tiene una alta posibilidad de tener una muerte súbita cardíaca poniendo en peligro la vida tanto de los pasajeros como de la gente que se encuentra en la calle.

Dr. Ciro Alberto Porras Cohen

Respuesta al Dr. Simón Pero Bellido:

El paciente no tiene ningún antecedente familiar de síncope o MS. En los próximos días traerá a sus hijos y un hermano para realizar ECG y lo que se estime necesario realizar.

Dra. Silvia Nanfara

Dra. Silvia Nanfara

Con respecto al paciente que usted comenta en este caso, no me parece conveniente que el paciente continúe con dicha actividad ante la posibilidad de una descarga del CDI, ya que se desconoce el tipo de respuesta que va tener al mismo, y pone en riesgo la vida de otras personas.

Saluda atte.

Dr. Marcelo Demozzi
Hospital Cuenca Carbonífera
Rio Turbio, Santa Cruz, Argentina

Estimada Dra. Nanfara:

Muy interesante su pregunta. Desconozco la normativa en nuestro país, pero si puedo aportarle datos acerca de las recomendaciones de las guías AHA/NASPE y también reflejadas en el en el código de tráfico de España. El 10% de las descargas que se producen durante la conducción de vehículos se asocian a accidentes. También son muy claras las guías con respecto a la prohibición de conducir vehículos **COMERCIALES** en los pacientes portadores de desfibriladores.

Atte

Dr. Jorge Rondon Parajon.
Unidad de Arritmias -CMC-
Tucumán. Argentina

Pienso que no puede realizar transporte de pasajeros por la misma razón que se le colocó el CDI. Es decir, si considero que puede tener un episodio de FV, la arritmia en si misma, el choque y el ritmo inmediato post-choque, son causa suficiente para producir síntomas que generen distracción en el manejo del vehículo y por ende poner en riesgo la vida de otras personas.

Dr. Jorge Garguichevich

Cuando realizaba mi residencia en Saint Petersburg fui a Ulan Bator a dar un curso de Holter y el piloto de la avioneta que me trasladaba de Irkusk a la capital me comentó que llevaba un DAI por arritmias. Pero en nuestra sociedad no se permitiría esta clase de actuaciones. Pienso que sería más útil cambiar de profesión (considero que no será grave dedicarse a otra cosa) sin poner en riesgo la vida de otras personas) y discutir sobre el riesgo que existe, evidentemente. Un saludo para todos.

Dr. Oswald Londono. Barcelona. España.

Estoy de acuerdo con lo planteado por los colegas Jorge Garguichevich, Oswald Londono y Jorge Rondon Parajon, no se debe poner en riesgo la vida de otras personas.

Muy bueno el debate.

Saludos sabatinos,

Dra. Mariblanca Pérez León.

Cuba.

Considero absolutamente criterioso la propuesta de sugerir otra actividad que no ponga en riesgo la vida de terceros.

Dr. Miguel Bloise

Como profesional de la salud, *(en referencia a lo comentado por el Dr. Londono)* me comunicaría con la asociación de pilotos de ese lugar y de todo el mundo. Para que una negligencia como esa, y otras cuántas que deben haber en este mundo se terminen.

No se hacen bromas con la vida de los demás, y a mi entender como técnica esa persona tendría que tener un trabajo limitado en un escritorio como el de dar permiso para despegar o aterrizar a otros pilotos. Ya que posee un DAI y que no es un dato menor lo que puede pasar, como FV en el aire.

Tec. Tiziana Pizzorno

Prezados colegas: aqui Andrés Ricardo Pérez Riera de São Paulo Brasil.

Gostaria de externar a minha opinião sobre o caso apresentado deste paciente assintomático, sem genética estudada e sem familiares conhecidos portadores da síndrome que apenas possuía no ECG de base um padrão electrocardiográfico de repolarização que sugeria síndrome de Brugada seguramente electrocardiográfico Tipo 2 ou Tipo 3 porque si tivesse tido um padrão electrocardiográfico Tipo 1 ele não teria tido indicação para a realização da prova da ajmalina. A prova de ajmalina não tem indicação em pacientes que apresentem no ECG espontaneamente o padrão electrocardiográfico Tipo 1.

Se o paciente em questão tinha: 1) Ausência de antecedentes familiares; 2) Ausência de sintomas; 3) Genética não estudada ou negativa; 4) Padrão electrocardiográfico espontâneo Brugada Tipo 2 ou Tipo 3 não existe consenso se o estudo Eletrofisiológico positivo (EEF) possui ou não de valor preditivo para indicar o implante do CDI. O grupo dos irmãos Brugada pensam que sim (1), mais o grupo da Professora Silvia Priori (2) e os outros importantes grupos europeus como o alemão, francês e holandês (3) pensam que não. Por tanto, se seguimos as recomendações destes últimos a inductibilidade no EEF em assintomáticos não possui valor preditivo.

Adicionalmente a positividade da prova de ajmalina não tem especificidade uma vez que pode ser positiva na ausência de enfermidade de Brugada, como por exemplo na displasia arritmogênica do VD (4), na doença de Chagas forma indeterminada!!!(5) e até em 4% das pessoas sadias (falsos positivos). A ajmalina, droga sintetizada pela primeira vez em 1931 por Sidiqui não se encontra difundida na comercialização em numerosos países. A droga possui uma grande importância para o diagnóstico das formas ocultas e intermitentes na síndrome de Brugada e admite-se que seja o fármaco ideal para este objetivo por ocasionar rapidamente as modificações da repolarização com vantagem sobre os antiarrítmicos da classe IC (flecainida e pilsicadina) que possuem um efeito potente sobre o canal de Na⁺ e cinética lenta de união com este canal e efeito dromotrópico negativo mais intenso.

Queridos colegas o teste farmacológico com estas drogas da classe IA ou IC está indicado apenas em todo paciente que sofrera morte súbita abortada ou síncope inexplicado sem cardiopatia estrutural no qual o ECG não mostre espontaneamente o típico padrão electrocardiográfico Brugada (formas ocultas ou intermitentes) ou em assintomáticos que tenha um ECG tipo electrocardiográfico Tipo 2 ou Tipo 3 mais com antecedentes familiares positivos e/ou com genética positiva. Também está indicado para diferenciar a fibrilação idiopática genuína da síndrome de Brugada porque a prova farmacológica desmascara esta síndrome tida erroneamente como sendo FV idiopática quando oculta.

Finalmente o teste está indicada nos membros da família dos pacientes afetados. Apenas nestes casos o teste com esta droga na síndrome de Brugada é considerada uma ferramenta de grande utilidade. Não podemos sair fazendo testes a "trochi mochi" em qualquer individuo sem sintomas que tenha um ECG com BIRD e padrão de repolarização tipo 2 ou 3 sem nada mais. Lembrem que se trata de uma prova que pode ocasionar morte súbita e deve realizarse em UTI com consentimento assinado.

Por tanto para alguns autores com os quais eu me alinho implantar um CDI em um paciente com as características apresentadas pelo colega é um desatino.

Paciente assintomático, com EGG basal normal ou com padrão de repolarização Tipo 2 ou Tipo 3 sem familiares de primeiro grau portadores da doença, sem genética comprovada apenas com a prova de ajmalina positiva e a indução no EEF pode ser um erro implantar um ICD.

Por outra parte, estudo realizado em uma série numerosa de pacientes portadores da síndrome de Brugada e fibrilação ventricular idiopática (34p) sintomáticos demonstrou que o emprego de quinidina elimina a indução ao EEF em 96% dos casos e a repetição de eventos taquiarrítmicos em 100% em seguimento de 5.6 anos (6). Imaginem os colegas que acontecerá em assintomáticos: Descarga 0 vezes 0.

Numerosos outros trabalhos apóiam esta conclusão (7;8;9;10)

Meu ponto de vista: discordo dos conductores do caso eu não teria implantado ICD neste paciente assintomático.

O que eu faria então no momento atual em que o paciente já tem o ICD no peito?

Resposta: Ihe daria quinidina nas dose preconizadas e o liberaria para dirigir coletivos.

Referencias

- 1) Brugada J, Brugada R, Brugada P. Determinants of sudden Cardiac death in individuals with the pattern of Brugada syndrome and no previous cardiac arrest. *Circulation* 2003; 108: 3092-3096.
- 2) Priori SG, Napolitano C, Gasparini M, et al. Natural history of Brugada syndrome: insights for risk stratification and management. *Circulation*. 2002; 105: 1342-1347.
- 3) Eckardt L, Probst V, Smits JP, Bahr ES, Wolpert C, Schimpf R, Wichter T, Boisseau P, Heinecke A, Breithardt G, Borggrefe M, Lemarec H, Bocker D, Wilde AA. Long-Term Prognosis of Individuals With Right Precordial ST-Segment-Elevation Brugada Syndrome. *Circulation*. 2005; 111: 257-262; 111: 257-263.
- 4) Peters S, Trummel M, Denecke S, Koehler B. Results of ajmaline testing in patients with arrhythmogenic right ventricular dysplasia-cardiomyopathy. *Int J Cardiol*. 2004; 95:207-210.
- 5) Chiale PA, Przybylski J, Laino RA, et al. Electrocardiographic changes evoked by ajmaline in chronic Chagas' disease without manifest myocarditis. *Am J Cardiol* 1982; 49:14-20.
- 6) Belhassen B, Viskin S, Fish R, et al. Effects of electrophysiologic-guided therapy with Class IA antiarrhythmic drugs on the long-term outcome of patients with idiopathic ventricular fibrillation with or without the Brugada syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1999;10:1301-1312.

- 7) Mok NS, Chan NY, Chi-Suen Chiu A. Successful Use of Quinidine in Treatment of Electrical Storm in Brugada Syndrome. Pacing Clin Electrophysiol. 2004; 27:821-823.
- 8) Hermida JS, Denjoy I, Clerc J, et al. Hydroquinidine therapy in Brugada syndrome. J Am Coll Cardiol. 2004; 43: 1853-1860.
- 9) Marquez MF, Rivera J, Hermosillo AG, et al. Arrhythmic storm responsive to quinidine in a patient with Brugada syndrome and vasovagal syncope. Pacing Clin Electrophysiol. 2005;28:870-873.
- Abraços

Andrés.

Estimados colegas

Como quiera que soy especialista en Medicina del Trabajo y en Medicina Interna considero que comparto las 2 situaciones relacionadas con este pte. En algunos países existen normas que prohíben la realización de algunas actividades laborales riesgosas vg pilotos, trabajos con esfuerzos físicos, minas, conducción de vehículos Comerciales a trabajadores con desfibriladores, porque lo más importante de una actividad es que esta se desarrolle en forma segura, tanto para un pte trabajador implicado, previniendo ATEP, como para la comunidad y el medio ambiente, en el caso de este pte considero que debería restringírsele su licencia y para no alejarlo del todo de su profesión ya que de aquí deriva sustento, debería colocarse en una actividad relacionada: despachador de buses, manejar cronómetros etc, Ya que en la actividad solicitada se manejan altos niveles de stres y la posibilidad de descarga y MS son mayores.

Luis Guerra Orozco
Barranquilla – Colombia

Estimado profesor Pérez Riera, no discuto la indicación de CDI o la no indicación; probablemente algún dato no se nos esté contando de por qué se implantoó el CDI. Pero me preocupa que un paciente con CDI maneje un colectivo. No creo que podamos descartar la chance de un choque del equipo en este paciente (apropiado o no). Tampoco creo que por más baja que sea debamos permitir que otros la corran, por más baja que sea. El problema a mi entender no es la MS sino que el CDI lo choque mientras maneja.

Atte, Simón Pero Bellido.

Amigos, el paciente en realidad es un enfermero del área de quirófano, que maneja en sus días libres un minibus desde Rio Gallegos hacia otras localidades patagónicas como Puerto Madryn. Su solicitud de Licencia Nacional habilitante para transporte de

pasajeros se encuentra aún en el Servicio de Medicina Laboral del hospital. He hablado con él sobre el peligro de recibir una descarga manejando en una ruta transportando 12 personas. Desconozco y perdonen mi ignorancia la legislación vigente sobre capacidad laboral y CDI, por eso realicé la consulta. Tal vez alguno de ustedes me pueda orientar para buscarla.

Si bien el sentido común indica la inhabilitación, como lo dijeron algunos de ustedes, debe encuadrarse en un marco legal.

Si lo creen conveniente, a modo de ilustración, puedo enviarles los ECG que motivaron la derivación, ya que el CDI está puesto. Sería muy interesante leer otras opiniones sobre la oportunidad de su colocación. Y a propósito también hacerles una nueva consulta sobre otro paciente con Síndrome de Brugada en el hospital, también enfermero.

Agradezco mucho las respuestas llegadas y las por llegar-

Afectuosamente

Dra. Silvia Nanfara

Estoy de acuerdo con los colegas, que opinaron que no se puede poner en riesgo a los pasajeros. Este paciente, podría dedicarse a conseguir un trabajo de acuerdo a su diagnóstico, que por supuesto, los hay.

Dra. Graciela Juarez

Hola Dra. Nanfara, El Baremo médico del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones de nuestro bendito país (decreto 478/98), aún no está actualizado y no contempla los DAI (desfibriladores auto implantados), pero te cuento que tres pacientes míos se han jubilado por incapacidad al colocárseles DAI.

Las juntas evaluadoras los consideran como los MPD con desfibrilador (70% de incapacidad). Eso figura en el baremo mencionado.

Si bien es cierto que la tecnología desarrollada en estos últimos años ha contribuido a disminuir las complicaciones, estos pacientes DAI tienen posibilidad de muerte repentina bajísima, y todavía existen complicaciones como, detección inadecuada de TV/FV (14%), problemas de sensado, aumento de umbral, pérdida de captura, fallo en terminar un episodio de TV/FV, problemas de electrodo, hospitalizaciones tras un choque, reprogramaciones, necesidad de descargas de alta energía, etc. Es entendible que pacientes con DAI, no pueden desarrollar actividades en las que pocos segundos de inconciencia generados por una eventual arritmia tengan consecuencias graves: conductores de transportes públicos y no públicos. No debería considerarse sin embargo una inhibición para ninguna otra tarea, en mi hospital hay una colega instructora de residentes que lo lleva hace un año y desempeña su tarea profesional perfectamente.....pero si quisiera se podría jubilar.

En conclusión tu paciente debe jubilarse. Y debe llenarse el agujero legal de la Ley argentina de jubilaciones, que no va al ritmo del desarrollo tecnológico.

Dr. Tomás Campillo.
Ex Fellows (2003/04/05) Htal Clinic de Barcelona (España)
Dpto de Arritmias del Dr. J. Brugada.

Estimados colegas, leí todas sus opiniones acerca del caso, y estoy totalmente de acuerdo en que el paciente no debe conducir. En uno de los hospitales donde trabajo como urgenciólogo, llegó una familia accidentada, padre, esposa e hija, el esposo conducía, evidentemente se registró un ECG en su traslado y otro a su llegada, y el primero presentaba burda fibrilación ventricular y el segundo presentaba fibrilación fina ventricular; falleció posteriormente. Nos enteramos que era de ascendencia cubana, y tenía registros previos con dx de Síndrome de Brugada. La esposa comentó que al ir manejando, de pronto, solo comenzó a convulsionar y chocó de costado contra un arbotante. Sería consecuencia de su diagnóstico previo?...consideramos que sí.

Hasta pronto, gracias por su atención.

Dr. Alfredo Martínez Díaz

Por favor, Dra. Silvia, mande los ECG de los dos pacientes si los tiene a mano; es curioso que dos personas con el mismo empleo en un hospital tengan algo cuya prevalencia es baja. Sobre lo legislado desconozco en Argentina como se lo hicieron saber desde Tucumán; en otros lugares el CDI excluye para el transporte de pasajeros, sin importar la indicación del mismo. Aquí no sé si está legislado.

Dr. Simón Pero Bellido

Estimada colega, me llama la atención lo de 2 pacientes con S. de Brugada en un hospital ya que la prevalencia es baja, yo en 27 años de hacer cardiología no vi de consulta directa ninguno o a lo mejor no los supe ver. Disculpe mis dudas pero realmente seríaa por lo menos raro encontrar 2 casos tan juntos

Atte

Dr. Gabriel Virgini

Queridos amigos:

Dado que algunos colegas han interpretado erróneamente que el paciente de la Dra. Nanfara que se halla en discusión en el Foro se postulaba para un puesto de piloto de aviación, es posible que también otros datos hayan sido interpretados incorrectamente, por lo cual es bueno reiterar los datos disponibles.

Edgardo

RESUMEN DE HC

Se trata de un hombre de 43 años quien realiza un ECG para conseguir su Licencia Nacional Habilitante (chofer).

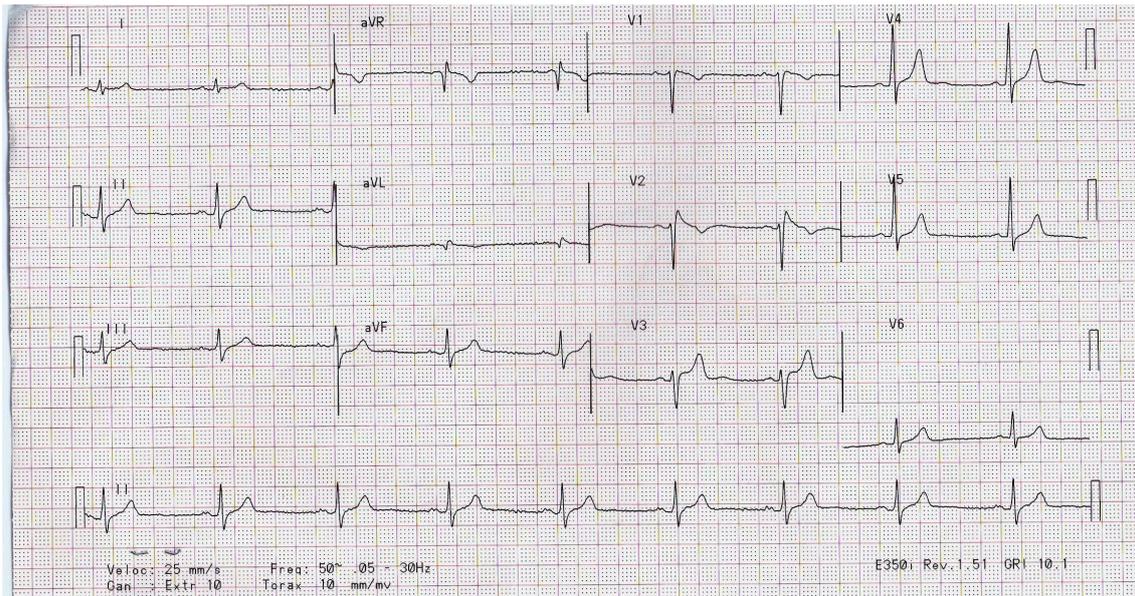
No tiene antecedentes personales ni familiares de síncope ni MS.

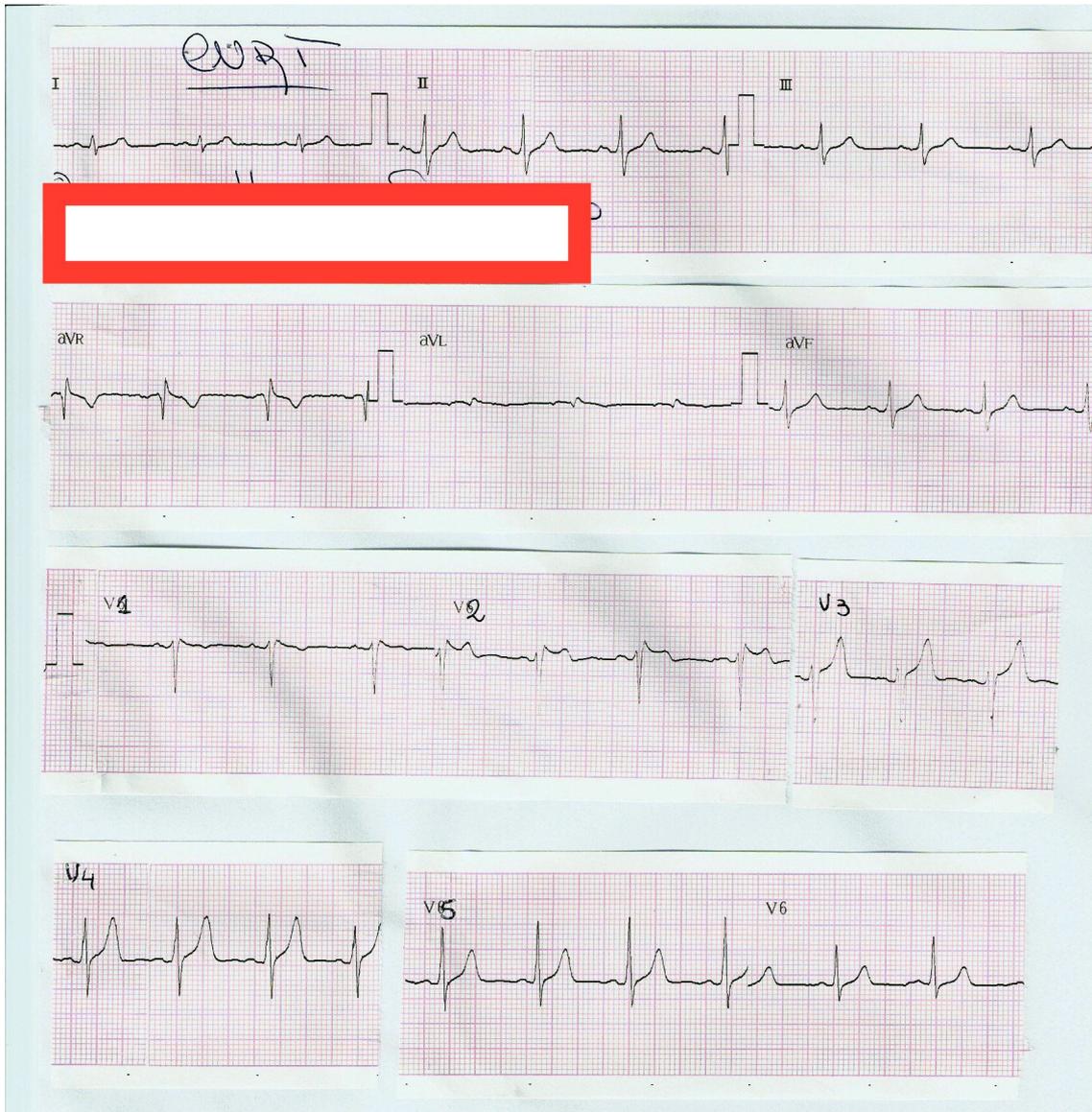
Durante el EEF que fue solicitado "se confirmó el diagnóstico con la inyección de ajmalina" y se indujo FV con dos extraestímulos.

A raíz de ello se implanto un CDI.

Su ECG muestra patrón similar a Síndrome de Brugada.

Adjunto dos ECG tomados con algunos días de diferencia y con diferentes equipos.





Amigos, en Venezuela tenemos un dicho “prevenir es mejor que lamentar”; todo paciente con un DAI tiene siempre riesgo de presentar crisis por lo que recomiendo incapacitar al paciente para su labor de chofer de colectivos recomendando incapacidad total para este tipo de trabajo

Dr. Ciro Alberto Porras Cohen

Amigos, la descripción del segundo paciente y sus ECG los remitiré el día de mañana debido a que los registros se encuentran en el hospital. Debo señalar que tal como lo platean los Dres. Pero y Virgini, yo fui la primer sorprendida al ver ambos pacientes ya que creí que mi oportunidad de volver a ver una paciente así se habíaa agotado con un caso de hace aproximadamente 2 años quien fue resucitado de una MS, diagnosticado como S. de Brugada y actualmente

lleva un CDI.

Los dos últimos casos fueron detectados en exámenes laborales de rutina y ambos son enfermeros del Hospital donde trabajo. Ambos tienen test de Ajmalina positivo y ambos me plantean dudas diferentes que seguramente serán discutidas aquí.

Los dejo con la intriga hasta mañana

Muchas gracias a todos

Silvia Nanfara

Prezado colega Gabriel Virgini a você lhe chama a atenção da existência de 2 Brugada em um hospital porque a prevalência é baixa. Você pensa que a entidade é extremamente rara mais pode ser um erro de avaliação pensar assim.

Acompanhe o seguinte raciocínio: Nos EUA ocorrem aproximadamente 400.000 MS/ano das quais 85% (Aproximadamente 340.000/MS/ano) respondem a cardiopatia estrutural e 15% (60.000/MS/ano) sem cardiopatia estrutural. Deste último contingente um 50% (30.000/MS/ano) correspondem a fibrilação ventricular idiopática sendo que aproximadamente o 50% destas correspondem a síndromes de Brugada (aproximadamente 15.000 MS/ano) !!!!!. A FIV e a síndrome de Brugada compartilham o mesmo locus 3p24-p21, afetam o mesmo gene SCN5A, ocorrem em corações aparentemente normais, predominam em pessoas na idade produtiva da vida e ambos afetam mais o gênero masculino.

O Brasil possui aproximadamente o 55% da população dos EUA (300.000.000 habitantes versus 170.000.000). Realizando uma simples extrapolação considerando hipoteticamente que as etnias de ambos Países fossem homogêneas teríamos um número próximo de 8000/MCS/ano por síndrome de Brugada neste País e 1600/MS/ano na Argentina.(35.000.000 de habitantes)

Mais como a Etnia amarela nos EUA é de 4% (1) e no Brasil dez vezes menor (2)(0.4%) e como o 65% dos doentes Brugada são da etnia amarela, é provável que tenhamos no Brasil aproximadamente 800 MS/ano por SBr no Brasil.

Lembre querido colega que a síndrome é a principal causa de morte depois dos acidentes automobilísticos entre homens jovens na Tailândia A enfermidade é endêmica nas Filipinas, Tailândia e Japão e ocasiona 4 a 10 MS por 10.000 hab/ano em Tailândia e Laos (Sudeste asiático);

A taxa de mortalidade na Tailândia para este possui um valor estimado de 26 para 38 mortes para cada 100.000 hab/ano.

Estudos recentes tem demonstrado que a Síndrome da Morte Súbita Noturna Inesperada (SMSNI) e a Síndrome de Brugada são a mesma entidade. Em autópsias efetuadas em refugiados de guerra que emigraram a EE.UU. e que sofreram MS se encontraram algumas anormalidades no sistema de condução. A morte teve lugar

minutos depois do inicio de respiración agónica. A aquellos pacientes que, foram resuscitados, se lhes detectou FVI/TVinducible no laboratorio eletrofisiológico.

Os nativos de Asia conhecem o problema há décadas. Nas Filipinas, se conhece como bangungut ("grito seguido de morte repentina durante o sono"). No Japão, a entidade se conhece como Pokkuri ("morte súbita inesperada durante a noite"). Na Tailandia, esta forma de morte é conhecida como lai-tai ("morte durante o sono"). Neste Pais se acreditava que os jóvenes morían em quanto dormíam porque fantasmas das viúvas se os levavam ao além. Muitos jóvenes dormíam vestidos de mulher na esperança de enganar a estes fantasmas !!!.

A MS é a causa más común de morte natural entre jóvenes homens tailandeses. Apenas recentemente, tem se descoberto que estes pacientes sofren da síndrome de Brugada.

Sabe-se que a SMSN afecta principalmente a homens jóvenes completamente normais entre 22 e 45 años.

1) Dados do Wikipedia, the free encyclopedia.

2) Dados do Censo IBGE - Ano 2000

Um abraço afectuoso

Andrés Ricardo Pérez Riera

Adhiero totalmente a las opiniones de Andrés. Mis mejores saludos

Dr. Carlos Lavergne.

Neuquén: Patagonia Argentina

Prezados colegas:

Acho que reconhecer robustez nas opiniões e por isto atribuir-lhe peso, aprender com elas, concordar quanto possível, discordar fundamentado é um exercício salutar na discussão científica.

Gostaria de expressar que este fórum enriquece a qualquer que privilegiadamente participa e dele e ressaltar que em relação ao caso da Dra. Silvia Nanfara sou concorde com o Dr. Andres P. Riera, embora com um óbice não consegui abrir o arquivo para ver os ECGs e pediria ajuda para vê-los.

Saudações.

Dr. Adail P. Almeida Bahia Brasil

Estimados colegas:

Independientemente que el DAI ya esté colocado creo que vale la discusión. Si el paciente no tiene antecedentes familiares, es asintomático, tiene una variedad de Brugada en silla de montar que se hace supra-convexa solo con provocación no tiene indicación ni de estudio electrofisiológico ni de DAI. Así lo establece el único consenso que ha sido abalado en EUA y Europa. Cabe decir que éste consenso es además muy intervencionista en relación a lo fomentado por otros grupos. Pero, como surge de la mayor base de datos y seguimiento disponible, nosotros lo adoptamos (1). Como verán dentro de los autores está el “Potro” Pérez Riera así que no sorprende su opinión.

Respecto a que un paciente con un riesgo tal de muerte súbita que amerite el implante de un DAI esté a cargo de un transporte público comparto que está contraindicado. Lo mismo que desarrolle actividades de las cuales no puede ser rescatado (Conferencia de Bethesda). Esto no quiere decir que le prohibamos toda actividad física e inclusive puede ser discutible que pueda manejar su propio auto. Me parece que hay que individualizar cada caso ya que el riesgo de síncope y muerte súbita luego del DAI (bien programado) puede ser realmente bajo (2).

Respecto al uso de Amiodarona profiláctica por la sola presencia de extrasistolía ventricular no estoy de acuerdo. Si con el uso de Beta bloqueantes y en el mencionado paciente, si hubiera sido posible, los hubiera indicado desde el principio.

Gracias por permitirme la opinión y saludos:

Dr. Alejandro Cuesta. Montevideo. Uruguay

(1) Brugada Síndrome: Report of the Second Consensus Conference. Endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. Charles Antzelevitch, PhD; Pedro Brugada, MD, PhD; Martin Borggrefe, MD, PhD; Josep Brugada, MD; Ramon Brugada, MD; Domenico Corrado, MD, PhD; Ihor Gussak, MD, PhD; Herve LeMarec, MD; Koonlawee Nademanee, MD; Andres Ricardo Perez Riera, MD; Wataru Shimizu, MD, PhD; Eric Schulze-Bahr, MD; Hanno Tan, MD, PhD; Arthur Wilde, MD, PhD. *Circulation*. 2005;111:000-000.

(2) Low recurrence of syncope in patients with inducible sustained ventricular tachyarrhythmias treated with an implantable cardioverter-defibrillator. E. Garcia-Moran, L. Mont, A. Cuesta, M. Matas and J. Brugada. *European Heart Journal* (2002) 23, 901–907.

Estimado Dr. Andrés, lo que me llama la atención es que en población pequeña, dentro de un mismo hospital tengamos dos casos y Ud me relata la prevalencia en raza oriental, cosa que considero que en Argentina no es exactamente el caso ya que tenemos un porcentaje bajo de esta raza y si no me equivoco asentada fundamentalmente en Capital Federal y Gran Buenos Aires, de cualquier manera lo

mío es una pregunta y de lo que estoy seguro que voy a prestar más atención al diagnóstico de esta enfermedad . Agradezco sus aclaraciones

Saludo atte

Dr. Gabriel Virgini

Estimados colegas,

He seguido detenidamente los comentarios y las opiniones del caso del paciente con SB chofer de ómnibus.

Soy la Doctora Alejandra Guerchicoff y estoy a cargo del departamento de Diagnóstico Genético en el Masonic Medical Research Laboratory, Utica NY.

Ofrezco a esta altura de la discusión, a la Dra. Silvia Nanfara, hacer un diagnóstico genético en el paciente. Nosotros tenemos un programa que es completamente gratuito para el estudio de mutaciones que predisponen a MS y BS. EL costo solo sería el envío de sangre desde nuestra Patagonia hasta USA.

Podemos realizar el estudio en el segundo paciente que se presentó también con BS. El requerimiento que tenemos es que junto con la sangre nos envíen un ECG del paciente, familiares que tal vez puedan también tener historia de arritmias y el Consentimiento informado que nuestro comité de ética ha aprobado

Con gusto enviaré todas la indicaciones para el envío y el CI si consideran que el Análisis genético puede sumar/aportar un dato que ayude a la decisión de la próxima conducta a seguir.

Desde ya muchas gracias por su atención y estoy a su entera disposición para cualquier duda o consulta

Alejandra

Hola Silvia, tomo tardíamente esta discusión que me parece interesante.

Si podés recordanos la clínica y antecedentes del paciente del ECG N° 1 y del ECG N° 2.

Si lo tenés mostranos el ECG post droga que llevó a realizar el EEF.

Desde que apareció el SB r lo he buscado sistemáticamente, y desde esa época no he visto a ninguno con las características descriptas inicialmente y del tipo I como el consenso del 2005 establece. Evidentemente no lo sé diagnosticar!! Así que me gustaría aprender a través de tus casos.

Lo que sí sé, que no iría a trabajar de enfermero a tu hospital, es un trabajo de alto riesgo, ¿no será una enfermedad contagiosa? Besos.

Dr. Oscar A. Pellizzón

Dra. Alejandra quiero agradecerle su interés y hablaré con ambos pacientes para saber si están de acuerdo en el envío de la muestra.

Atte.

Dra. Nanfara

Para la Dra. Nanfara:

El desfibrilador prevendrá la muerte súbita en dicho paciente, pero no previene la aparición de la arritmia. En este marco, y sin poder predecir si un paciente sufrirá colapso hemodinámico o no, o si va a necesitar más de un electrochoque, creo que es mejor incapacitar al paciente permanentemente y prevenir que él exponga a otros a riesgo de un accidente y sus consecuencias. Este último toma sólo fracciones de segundos en suceder.

Jorge E Otero, MD
Town and Country Hospital
Tampa, Florida USA

Muy enriquecedor e ilustrativo las diferentes ponencias respecto del paciente portador de S. de Brugada asintomático con CDI. Comparto la opinión referida a que la recomendación sobre la actividad que desarrolla el paciente, además de la estrictamente médica, debe ser encuadrada en la legislación correspondiente por las implicancias que puede tener.

Dr. Francisco E Viano

Es evidente que el BS sigue incentivando el comentario de todos, probablemente porque todavía hay muchas cosas que no se tienen en claro.
Creo que no hay criterios uniformes respecto a toma de decisiones en pacientes asintomáticos con punto J elevado en V1-V2. Conuerdo con la opinión de los colegas que dicen que un paciente con DAI no tiene que conducir transportes y que no debería tener licencia pero creo que la discusión es si el paciente era merecedor de un DAI.
¿Cuánto sabemos del BRUGADA? ¿a todos los pacientes con ascenso de V1, V2 y/o con test de ajmalina + y un EEF con TV va a la colocación de un DAI?
Siempre se dijo que era importante la historia personal o familiar de MS y si no la había que sea un BS tipo I para colocar el DAI.
¿Cuántos pacientes "sanos" pueden tener un test de ajmalina +? ¿y cuántos de los mismos pueden tener un EEF patológico? esto puede desencadenar algunos pacientes "sanos" con DAI. ¿Muchos?
Perdonen tantas preguntas pero son las cosas que voy pensando mientras disfruto sus comentarios y opiniones y quería hacerlos partícipes de las mismas.
Creo que la solución podría ser la genética para decidir sobre aquellos casos que no tienen una indicación precisa de DAI, por lo menos a mi no me gustaria tener puesto un DAI que no necesito y tampoco tener que generar un gasto impropio en un aparato que de ser una maravilla de la ciencia y la investigación pasa a ser una cara bocina de avión.
Gracias por permitirme la opinión.

Atte
Dr. Ignacio Retamal

Hola Silvia.....a modo de repaso, en todos los Departamentos de Arritmias dividimos a los pacientes SB en varios grupos según el pronóstico:

- 1) Sintomáticos: debes implantar un DAI.
- 2) Asintomáticos con historia familiar de MS: hay que implantar un DAI (sobre todo si se logra inducir una TV polimórfica o FV durante el EEF).
- 3) Asintomáticos sin historia familiar de MS pero inducibles durante EEF: también debes colocar un DAI.
- 3) Asintomáticos sin historia familiar de MS, no inducibles durante EEF: no requieren tratamiento, más allá de evitar las hipertermias, los AAO del grupo I, alcohol, estrés, etc, etc.

De no tener historia familiar de MS tu paciente entra en este último grupo, una TVNS espontánea monomorfa no tiene el valor pronóstico de una estimulación ventricular (EEF). Diferente sería si tu paciente tuviese asociada una enfermedad coronaria o disfunción de VI, pero no este el caso.

Saludos.

Dr. Tomás Campillo.

NOTA: el ECG*** correspondiente al 2º paciente de la Dra. Nanfara, se extravió y no puede ser mostrado. Este paciente en un trazado Holter presentó una TV, según surge de este comentario de la Doctora.

Se trata de un paciente de sexo masculino 28 años, asintomático quien en ECG de rutina (examen médico periódico) presentó ECG que se adjunta***.

En Holter realizado luego de ver su ECG se observó un episodio de TVNS (tres latidos) absolutamente asintomática.

En Holters posteriores solamente se presentaron EV frecuentes, sin formas complejas. Ante la sospecha de Síndrome de Brugada, se derivó a centro de mayor complejidad donde se realizó test de ajmalina que resultó positivo.

En este paciente no se indujo arritmia en EEF. Ante la falta de síntomas y de antecedentes familiares, la conducta fue expectante.

Entonces esta es mi duda, ¿Que valor tiene una TV espontánea vs EEF que no induce arritmia?

Gracias a todos
Silvia Nanfara

