

# ¿Síndrome de Brugada?

Un debate coloquial

Dr. José Cayetano, Alicante, España – 2013

SF, 54 años sin antecedentes personales a destacar, ingresa por cuadro de gastroenteritis y le realizan ECG como rutina.

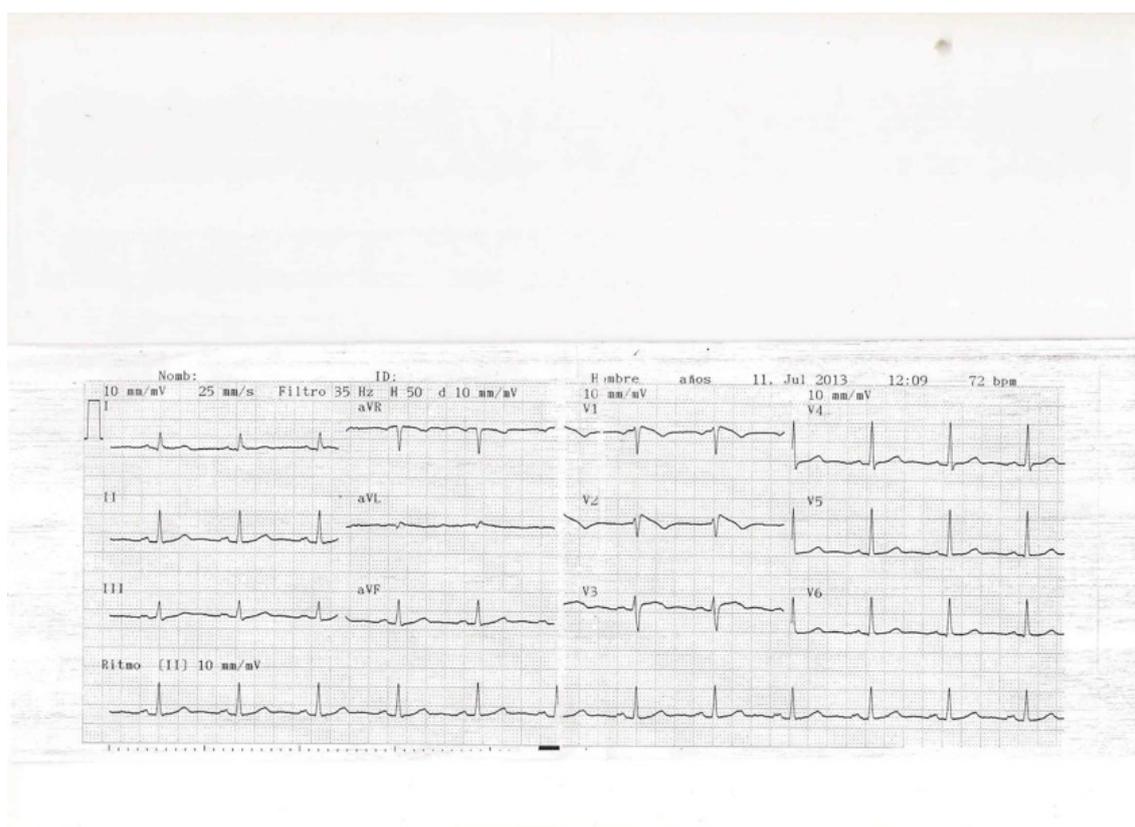
Ionograma normal, hemograma normal

Ecocardiograma normal

Agradezco vuestra valiosa opinión.

Gracias, saludos

Dr. José Cayetano



# OPINIÓN DE COLEGAS

Hola José

Gracias por presentar este caso.

En las derivaciones V1 y V2 impresiona un Brugada tipo-1. Sería útil que le hagas un mapeo precordial de superficie, simplemente colocando las derivaciones precordiales 2 cm por arriba y 2 cm por debajo. Eso nos ayudaría.

Ademas:

1. ¿Tuvo síncope?
2. ¿Antecedentes familiares?
3. ¿Lo medicaron con ATB por la gastroenteritis?
4. ¿Que otros fármacos tomaba?

Creo que con esos datos podemos iniciar el debate.

¡Qué lindo seria que Andrés se sumara con toda su experiencia en el tema!

Adrián Baranchuk

---

Hola José: Como sugirió Adrián, sería útil contar con derivaciones precordiales en su nivel habitual y por encima y por debajo de él. En el ECG que enviaste las derivaciones precordiales, al menos V1 y V2, fueron registradas en un nivel más alto que el habitual. El AQRS se encuentra a +60 grados, de modo que no parece ser un individuo muy longilíneo. De todos modos, a lo que planteó Adrián me gustaría agregarle las características del tórax, por si tiene alguna deformidad torácica importante. Saludos

Pablo A. Chiale (PAC)

---

Empieza el debate.

Querido PAC: entiendo que querés saber la forma del tórax para descartar Pectus Excavatum (funnel chest). ¿Es así? Si no es así, descartá lo que sigue.

Hemos revisado el tema de manera exhaustiva, lo que redundó en un paper que ha sido aprobado por el A.N.E y saldrá casi a fin de año. Se trata de una **Fenocopia de Brugada** por Pectus Excavatum y una revisión sistemática de la literatura sobre los

cambios ECG del Pectus. Lo hicimos en colaboración con el grupo amigo de Brasil: Potro y Raimundo.

Los únicos casos PUBLICADOS de Pectus semejando un Brugada (Fenocopias, por definición) semejan un Tipo-2, hay un solo reporte de un Tipo-1 y como decís aquí, también fue sacado con electrodos en posición superior.

Cuando a los Pectus les aplicás las nuevas mediciones electrocardiográficas PARA distinguir Brugada pattern (es decir: Chevallier o ángulo beta, base del triángulo- Ver Bayes y Baranchuk, Índice de Corrado y Mismatch- concepto en evolución diseñado en conjunto por quien te habla y el maestro Bayes) NINGÚN Pectus podría ser confundido con un Brugada pattern.

¿Y por qué mi paper del ANE entonces? Porque las nuevas formas de medir el ECG del Brugada están todavía cocinándose a fuego lento y NO cuentan con total aprobación, si bien se reflejan en el tercer consenso de Brugada publicado en J Electrocardiol 2012

Una vez que estas técnicas sean de uso masivo, creo que nunca más nos confundiremos un Pectus con un Brugada. Por ejemplo: la base del triángulo -el paper lo tiene JACC y lo esta analizando- en un Brugada siempre mide más de 4 mm; mientras que en el Pectus es muy cortito (menos de 2mm). Eso, una vez que uno se entrena, salta al ojo desnudo, pero si no, uno puede medir y listo.

Apenas nos den el PDF del Pectus, se lo mando querido maestro Chiale.

Reciba Ud y los suyos, un fuerte abrazo

AB

---

Exactamente, querido Adrián, a eso iba mi pregunta....Ahora, ¿tienen en los pectus excavatum pruebas farmacológicas (ajmalina, flecainida...) para ver si el patrón de tipo 2 queda incólume o se modifica?. Si un paciente tiene un tumor de mediastino y eso me da una patente brugadoide, si le puedo tratar el problema, haciendo que desaparezca o se reduzca lo suficiente como para que se modifique la patente ECG, tengo un dato casi incuestionable a favor de un "seudo" o fenocopia. Pero en el pectus excavatum, creo que lo que hay que buscar es si se exagera o no o si pasa o no de una patente 2 a la 1. De ese modo se tendría una mejor aproximación. Después de todo, ¿por qué alguien con una deformidad torácica no puede tener un Brugada? Un abrazo fuerte y mandame el material que tengas para discutirlo en el ateneo del Servicio

PAC

---

Acabo de hacerle personalmente este EKG a pedido vuestro; lo que pude interrogarle es que no tiene antecedentes personales ni familiares de síncope ni arritmias ni MS.



Si encontrás más de un caso avisame, que tú eres coautor de nuestro paper...

¡¡¡Hay que dejar el vino vespertino!!!!

AB

---

Pero Adriancito!!!! ¡¡¡què carácter!!!! Decime una cosa: ¿está mal plantear lo que yo envié sobre pectus excavatum y Brugada o no? Creo que sobre eso deberías expedirte. Sería más útil para explorar nuevas avenidas del conocimiento o desechar propuestas inconducentes (tal vez así sea la mía), Además de las mediciones que están en danza para facilitar el diagnóstico en casos problemáticos, ¿te parece mal investigar si en los pacientes con pectus excavatum tienen una respuesta uniformes a los bloqueantes sódicos o no? ¿Alguien lo hizo? me gustaría saberlo si tenés esa información. Ahora, si me demostrás que mi propuesta es una soberana gansada, retiro lo dicho y también lo del carácter...JAJAJAJA

Un abrazo

PAC

---

JAJAJAJAJ

El primer caso completamente estudiado de PE como fenocopia de Brugada, que como sabés requiere la prueba de bloqueo de canales sódicos, es el aceptado en ANE del cuál Raimundo, Potro y Javi son coautores. De hecho me dió risa, porque Javi hizo las mediciones que describí (se le olvidó parece...) JAUUAJUAU

Estoy totalmente de acuerdo en hacer la prueba, si la fenocopia es un tipo-2. Ahora, si lo que vemos es un persistente tipo-1, hay que remover la causa para determinar que es una fenocopia. Si no, entraríamos en el debate de la utilidad de hacer la prueba cuando lo que ves es un tipo-1 persistente, y qué objetivo se persigue. ¿Será transformarlo en un SUPER tipo-1? No lo se, pero por ahora, el consensus indica que si Ud tiene un tipo-1, la prueba NO se justifica.

Espero haber hechado un poco de luz sobre esto.

Sacando uno de los dos casos del paper de Karaota, todos los PE que pueden ser considerados Fenocopias de Brugada fueron tipo-2.

PS: mande un mensaje antes que NO salio (salio mi enojo con Javi, pero no el de mi explicacion a tu pregunta, lo siento, creo que Edgardo se congestionó de mensajes...)

Abrazo

¿Vendrás a Mallorca? ¡Te vi en el programa, que alegría!

AB

---

Querido Adrián:

Si estás de acuerdo con mi planteamiento teórico no creo que sea muy difícil encontrar el caso... ahora si estás esperando sentado en tu consulta a que te pase por delante... entonces creo que tardaremos algún tiempo en publicarlo.  
Ahora que ya sabes donde poder encontrarlo vamos a ponernos a ello!!

Saludos

Javi

Pd: El vino que me gusta es el Malbec y aquí no hay.. así que manda alguna de vez en cuando!!!

---

Veo vuestros mensajes y es una pelea continua pero nadie contestó mi pregunta inicial: después de haber enviado mi segundo trazado, ¿es síndrome de Brugada????

Gracias

José Cayetano

---

Querido Javier

Creo que tu función de padre de un niño recién nacido te tiene a mal traer. Creo que no estas durmiendo bien...

¿De qué estás hablando, amigo?

¿De dónde sacaste que el grado de deformidad de la caja torácica correlaciona con el tipo de patrón 1 o 2???

¡¡Ah!!! ¡Lo estás especulando!, pero me lo hubieras dicho antes amigo! Una cosa, Javi, es una idea (tú tienes brillantes ideas, me consta) y otra es un hecho.

El único trabajo SISTEMÁTICO realizado en la literatura, es el nuestro (tuyo y mío) que saldrá en unos meses en el ANE.

Lo que tu sostienes NO ha sido nunca mencionado en la literatura ni comprobado por nadie. O sea, lo que tienes es una hipótesis. Pues bien, rechaza la hipótesis nula y entonces nos sentamos a conversar como caballeros.

AB

Hola José

1. No es pelea, somos íntimos amigos. Se llama puntos de vista, debate, gracia, pero de pelea nada. Esto es un foro democrático, vos largas un tema pero no podés imponer hacia dónde irá, va donde tiene que ir...

2. Tené un poco de paciencia, hay gente que todavía está trabajando y que seguro querrá opinar también

3. Tu pregunta está mal formulada. **Vos debieras preguntar: ¿Es un PATRÓN de Brugada? Porque síndrome NO tiene** ya que esto fue un hallazgo casual, ¿verdad?

Yo me saltee el email con el ECG y el email con las drogas que tomaba. Edgard, podrás juntar esos dos email y reenviarlo una vez más así opinamos sobre el ECG #2?

Gracias

(paciencia amigo!)

AB

---

Hola José : tiene todo el aspecto de una patente de Brugada tipo 1, como mencionó Adrián. Lo que llama la atención en tu cartografía precordial de V1 y V2 es que en la derivación V2 baja, el patrón es más conspicuo que en el nivel convencional y en la derivación alta. Creo que eso merece que se le preste atención. No sé qué opinará el bueno de Adrián, pero tal vez eso indique que la anomalía que produce la patente electrocardiográfica que mostrás se extiende por una zona más extensa que el TSVD.

Un abrazo

PAC

---

Querido Adrián.

Creo que comenté "Las alteraciones electrocardiográficas (patrón rSr') en estos pacientes aumenta a medida que aumenta la gravedad de la deformidad"

El resto lo añadido yo porque es muy razonable: Entre más deformidad más patrones rSr' (descartar patrón de Brugada tipo 2).

Javi

Pd: Aaahhh y ahí va la evidencia!!!!

**Correlation Between Sternal. Depression and Cardiac Rotation in Pectus**

**Excavatum: Evaluation. With Helical CT.** Zhi-gang Chu1. Jian-qun Yu. Zhi-gang Yang.AJR

Am J Roentgenol. 2010

---

Hola José

1. Me quedé pensando en eso de discutir (o pelear) y no contestar tu pregunta. Me parece que podrías tener razón, porque el foro también cumple una función de aportar datos concretos a las preguntas de los foristas. Así que voy a intentar responderte:

2. Lamentablemente NO puedo abrir el segundo ECG. Pero de cualquier manera, tu pregunta sobre si el ECG #1 tiene o no un patrón de Brugada, te respondo: **SI, lo tiene y es un tipo 1.**

3. Lo de Pectus que tanto nos motiva, ni siquiera sabemos si lo tiene o no. Si no lo tiene, la discusión es puramente intelectual, para PAC y Javi podría ser, yo digo que no, y discutimos la literatura disponible: Javi cree que su hipótesis está probada antes de demostrarlo, yo lo freno y le digo que no hay sustento, eso es todo.

4. Como siempre, a veces el árbol nos oculta el bosque: Yo te pedí la lista de drogas para saber si hay algo que pudiera darnos una clave. Y nadie comento, pues aquí va:

**Zolmitriptan** pertenece a la familia de las amitriptilinas, conocidos antidepresivos tricíclicos. Los mismos, figuran al tope de la lista de Drogas que pueden producir Brugada patterns (ver [Brugadadrugs.org](http://Brugadadrugs.org)). Tu droga específicamente NO está citada, pero las amitriptilinas SI.

Por lo tanto sugiero:

1. Sacarle la droga al paciente y en 48 horas repetir el ECG (en la posición del ECG #1) y ver si el patrón desaparece. Si el patrón desaparece, realizar un test de bloqueo sódico (fleca, ajma o proca). Si el test es positivo, sugiero screening genético.

2. Como el paciente está asintomático, no considero necesario hacer ninguna otra prueba diagnóstica (EPS) y solo seguirlo. Si la secuencia es: desaparición del patrón al suspender la droga y test de fleca positivo, obviamente NO podrá continuar su tratamiento para la migraña con esta medicación.

Y por último: ¿tiene deformidad torácica? La verdad, sin ver al paciente, lo dudo muchísimo.

Salud

AB

---

Dres, ¡muchas gracias por vuestra ayuda, aprendo mucho con ustedes!. La paciente no tiene deformidad torácica. Ayer me comuniqué con los Dres, Brugada y hoy me llamará el Dr Berruezo, ya les comentaré que me han dicho.

Una duda: ¿estudio EEF sí o EEF no? Los italianos dicen que el patrón de Brugada tipo 1 asintomático tiene menos de 2% de mortalidad pero los Dres Brugada dicen que EEF sí porque es un predictor de mortalidad porque si con 1 o 2 extraestímulos se desencadena arritmias, eso ya no es normal, y otra, un Dr. Tailandés Ademani, que trabaja en San Diego dice que haciendo una ablación completa del TSVD, el ECG de Brugada se normaliza, de hecho se la hizo al rey de Tailandia y anduvo bien, ¿cuál es vuestra opinión. Antes que hable hoy Joseph Brugada que dicen vosotros? Gracias.

José Cayetano

---

Doctor AB

Como este es un foro abierto para el aprendizaje científico global, aunque su centro sea las arritmias, quisiera con todo respeto hacer una pequeña aclaración en lo manifestado por usted: *“Zolmitriptán pertenece a la familia de las amitriptilinas, conocidos antidepresivos tricíclicos”*. Las amitriptilinas no son una familia, la amitriptilina pertenece al grupo farmacológico de los antidepresivos tricíclicos, y los medicamentos de este grupo son todos derivados de la dibenzoacepina o iminodibencilo, núcleo heterocíclico con dos anillos bencénicos, semejante a la fenotiazina en el que se reemplaza el átomo de azufre de ésta por un puente de etileno en la estructura cíclica central. Pertenecen a este grupo la Clomipramina, Imipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Desipramina, Doxepina, Maprotilina. Son utilizados básicamente para los estados depresivos.

En cambio el zolmitriptan (utilizado para la migraña) pertenece al grupo de los triptanes, que son sobretodo agonista de los receptores 5-HT<sub>1B/1D</sub> de la serotonina, pero pueden tener una actividad menor frente a los receptores de tipo 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>1F</sub>. Se les atribuyen tres efectos farmacológicos básicos: a) vasoconstricción craneal; b) inhibición neuronal periférica y; c) inhibición de la liberación de neuropéptidos y de la inflamación neurogénica en el complejo trigeminocervical. Hasta donde tengo información se desconoce cuál de estos efectos es el principal responsable de la actividad antimigrañosa. Se dispone 7 triptanes para administración vía oral (sumatriptán, almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán, rizatriptán, zolmitriptán) y uno para administración subcutánea e intranasal (sumatriptán).

Cordial saludo para todos.

Santiago Campbell

---

Gracias por la aclaración Santiago.

Es decir, la amitriptilina y el Z (acortemos el nombre para facilitar el tecleado) ¿pertenecen al mismo grupo o no? Me fue difícil concluir eso con la búsqueda que hice ayer, pero aparecen agrupados en varias fuentes consultadas.

¿Debo considerar al Z un antidepresivo tricíclico o no?

En [Brugadadrugs.org](http://Brugadadrugs.org), aparecen los antidepresivos tricíclicos como grupo (perdón, usé el término familia porque soy un neófito en estas áreas).

Su manejo del tema puede ayudarnos a decidir si mi estrategia de suspenderle la droga tiene sentido o no.

Mil gracias

AB

---

Hola José

1. El Dr. al que haces referencia se llama Nadamanee. La ablación se propone si hubo arritmia ventricular. Este NO es el caso.
2. esperemos un poco a ver qué nos dice santiago del emparentamiento de la droga que toma tu paciente con las amitriptilinas. Si es así, primero de todo, hay que suspender la droga. Y luego tener otro ECG.
3. Antes de preguntarse EPS sí o no, si el patrón desaparece al suspender la droga, tendrías que hacer un test de Fleca. Si el test de Fleca es NEGATIVO, tu paciente NO tiene Brugada. Por lo tanto, no EPS. Si el test de fleca es positivo, o si el patrón permanece luego de quitar la droga en cuestión, es cuando el debate empieza.
4. Tu fuente de consulta (Josep y Berruezo) es excelente (no hace falta que te lo diga!) pero como comprenderás, esta "bias" por la visión Brugada del asunto. El EPS y su valor para el Brugada fue magníficamente discutido por Sami Viskin (pertenece al FIAI!!!) en Heart Rhythm hace 2 años. Te sugiero que lo leas.

Mi opinión personal:

1. Suspender la droga
2. Repetir ECG a las 48-72 horas
3. Si normaliza, test de fleca. si no normaliza pasar directo a 4.
4. Si test positivo, screening genético al paciente y screening electrocardiográfico a su familia. No EPS, no ICD
5. Si test negativo: prohibición de tomar esa droga y seguimiento clínico anual.

Te anticipo que Antonio le haría un EPS....

Insisto en recomendar: Prelude (Priori), debata sobre EPS de Viskin y Brugada (HR), tercer consensus de Brugada (J electrocardiol 2012)

Salud

AB

---

Santiago y Adrián, la droga zolmitriptan como bien refiere Adrián es un anti-serotoninérgico y pese a su corta vida media comparte con este grupo de drogas (el núcleo de la molécula es similar) los efectos adversos reportados e interacciones referidos en su formulación son similares a los medicamentos de este grupo y no debe asociarse justamente con otros medicamentos de esta familia. No tiene efecto antidepresivo pero no debe asociarse con antidepresivos tricíclicos que tienen efecto anti serotoninérgico, como lo es la amitriptilina. Dudo por su corta vida media el ECG obtenido tenga relación con esta.

La ceforoxima es segura y no tiene interacciones referidas con antidepresivos y si realizan la búsqueda encontraran reporten de su uso en pacientes con patrón de Brugada tipo I sin cambios ni arritmias con la misma.

Lástima que Sami no aportó acerca de si la quinidina podría ser de utilidad en este caso y normalizar el patrón electrocardiográfico.

Un abrazo y una pregunta a José: ¿el paciente tenía hipertermia? Por lo demás es un patrón Brugada tipo I, test genético previo a decidir si realiza José el EEF.

Martín Ibarrola

---

No Martin, fiebre no.

José

---

Queridos amigos del Foro:

Si entendí bien la conversación, estamos hablando de un hombre de 54 años, tratado con zolmitriptan, que fue admitido por gastroenteritis sin fiebre y tiene un electrocardiograma tipo I de Brugada syndrome (y de que lo tiene... **lo tiene**).

Siendo así, ¿qué le podemos decir? Bueno, más o menos lo siguiente:

1) El riesgo de arritmias polimorfas (¿polimórficas?) para Brugada asimptomatico tipo I es 1% al año. Ese uno por ciento anual es basado en los dos estudios más grandes (el estudio FINGER Europeo, Circulation 2007;115:2042 y el estudio Japonés, Circ Arrhythm Electrophysiol 2009;2:495) que siguieron a pacientes por 3 años de promedio. Según un estudio presentado en Heart Rhythm 2013 (Denver) y aun no publicado, el riesgo es 10% a los 10 años (o sea, el riesgo ni aumenta ni disminuye a más largo plazo).

2) Esta figura de riesgo (1% anual) está basado en choques del desfibrilador implantado. Claro que cuando uno ve la fibrilación ventricular terminada por el choque uno asume que la arritmia hubiera sido fatal si el desfibrilador no se hubiera implantado. Pero si uno recuerda que pacientes con Brugada presentan a veces con síncope y que algunos de esos síncope son arrítmicos, uno tiene que llegar a la conclusión de que el riesgo es poco menos de 1% al año.

3) Su paciente tiene 54 años. La edad de los pacientes que presentan con paro cardíaco (cardiac arrest) en Brugada syndrome es, en promedio, 43 años y la gran mayoría de pacientes con paro cardíaco por Brugada tiene entre 35 y 54 años a la hora de la arritmia. ¿Qué pasa después de los 54 años? Hay dos posibilidades: 1) Siguen teniendo riesgo de paro cardíaco pero no lo sobreviven y por eso no aparecen en los estudios. 2) El riesgo baja (porque las hormonas varoniles que afectan el electrocardiograma de Brugada y su riesgo de arritmias, bajan). Si me preguntan, la posibilidad número 2 me parece más lógica.

4) Menciona que el paciente llegó con gastroenteritis pero sin fiebre. Pero a lo mejor tuvo fiebre en la casa. Antes de llegar al hospital. Eso es importante porque, según un estudio que estamos por publicar (2% de los varones adultos con fiebre y 6% de los varones de 30-60 años con fiebre, tiene un electrocardiograma de Brugada tipo I. Y claro, la mayoría no se muere, sobre todo si el electrocardiograma se normaliza cuando la fiebre baja.

5) Menciona que su paciente recibe Zolmitriptan. Esa medicina no aparece en la lista de medicinas que producen Brugada (<http://www.brugadadrugs.org>) pero eso no quiere decir mucho! Únicamente significa que nadie lo ha reportado! Vale la pena discontinuarla y si el electrocardiograma se normaliza lo reporta. Sobre todo porque zolmitriptan aparece en la lista de medicinas que hacen síndrome de QT largo. Desafortunadamente, gran parte de la literatura del síndrome de QT largo por medicinas se escribió antes de que supiéramos que hay un problema loco llamado "medicinas Brugadogénicas."

¿Qué hacer con el paciente?

**¡Todo menos estudios electrofisiológicos!** Es cierto que el riesgo es mayor en pacientes con fibrilación ventricular inducible que en pacientes con estudios negativos, pero la diferencia es demasiado pequeña y ambigua como para tomar una sabia decisión. Si usted somete a su paciente a estudio electrofisiológico lo más probable es que termine con un desfibrilador implantado que nunca va a usar.

Quinidina es una opción para pacientes con Brugada asintomático (según se explica en Viskin S, Wilde AA, et al. Empiric quinidine therapy for asymptomatic Brugada syndrome: time for a prospective registry. Heart Rhythm 2009;6:401). Pero claro, no le podemos dar quinidina junto con zolmitriptan!!

Tomando en cuenta su edad, yo lo dejaría en paz.

Sami Viskin

Edgard: me gustaría saber qué opina Adrián sobre las imágenes que envió José, con mayor supradesnivel del ST en la derivación V2 baja que en la registrada en el nivel convencional y un espacio intercostal por encima. Para ello tendrías que enviarle de vuelta el 2do mail de José que no le llegó a Adrián. Esto podría indicar que la zona responsable de la patente es más extensa que la habitual y si pensamos eso tal vez se requiera una RMN cardíaca para determinar si existen evidencias de patología en el ventrículo derecho. De todos modos esto queda en el olvido si la suspensión del fármaco antimigraña se acompaña con la normalización del ECG. En este caso repetiría la exploración con derivaciones precordiales altas y **bajas**.  
Un abrazo  
PAC

---

Aclaración para Sami: se trata de un paciente femenino

José

---

Hola Pablo. En principio creo que la recomendación que hizo Adrián debería haber sido colocar los electrodos V1-V2 en 2º, 3er, 4º y hasta 5º intercostal en la línea paraesternal más que 2 cm arriba y abajo. El hecho de que la morfología se aprecie más abajo según demostró con ayuda de la resonancia magnética recientemente Veltman (2012) indica que esos electrodos se enfrentan directamente al tracto de salida del VD. Aunque no es habitual registrar la morfología más llamativa de Brugada en espacios intercostales bajos (5º EI), este autor, algún caso registró. De todas formas el registro de V1-V2 que José toma como basal (4EI) parece ser registrado entre el 3er y 2º EI o más arriba y por lo tanto podríamos estar hablando que ese V2 al que haces referencia está entre el 3er y 4º EI.

Un abrazo

Javier

---

Estoy de acuerdo con lo que dices Javier, porque la onda P sigue siendo negativa en los 3 registros de V1 y recién se hizo isoeléctrica en V2 "baja" y por lo que se ve en el plano frontal no parece para nada que tenga un corazón muy "vertical". Es la primera vez que veo que la patente de tipo 1 se exagera en las precordiales bajas, siempre la he visto disminuir y hasta desaparecer, aún en la derivación donde suele ser más ostensible, que es V2. Gracias por la información del artículo realizado con RMN, que desconocía.  
Un abrazo  
Pablo (PAC)

Hola Sami

¡Qué lujo tenerte en el foro, y que nos brindes tu experiencia! Nosotros intentamos correr un estudio similar en fiebre, sin ATB y análisis ECG para determinar la presencia de Brugada. Durante la última epidemia de H1N1 tuvimos 4 Brugadas en cuestión de meses...un caso lo publicamos en el CMAJ (creo 2011).

En resumen, respecto al caso, salvo por el tema Quinidina, que aún no me convences, y la cita enviada tampoco lo hizo cuando tuve que decidir hacerlo, estamos de acuerdo:

1. suspender la droga, y realizar ECG 48-72 horas.
2. Si normaliza, yo aún le haría un test de fleca para demostrar si hay disfunción de canales soódicos en ambiente controlado
3. Si test negativo, saludos a su familia señora, trate de no tomar esa droga. Si es positivo, yo haría genética para ver si tenemos suerte de caer en el 25% y tipificar el gen, nos ayudara a tipificar la flia. Screening ECG al resto de los familiares.
4. si el patrón persiste, no le haría test de fleca y haría genetica.
5. No le haría EPS, no le pondría un CDI ni le daría Quinidina

O sea, salvo en Quinidina, estamos de acuerdo. Faltaría que Martin explique porque un EPS.

AB

---

Adrián, no propuse la realización de un estudio electrofisiológico, Justamente dije que José decidirá esto, por algo se contactó con los hermanos Brugada, y conociendo que estos le recomiendan este y decidir conducta (si la genética es positiva sino comprendí mal la recomendación de estos),

Comparto con vos el test con ajmalina o flecainida, para confirmar la presencia de una alteración de los canales de sodio y solicitar test genético, si en la misma al profundizar el patrón de alteración de los canales de Na desarrolla arritmias ventriculares? cambiaría tu decisión? Se que no se utiliza el test para estratificar riesgo arritmico pero si profundiza los cambios y la paciente presenta arritmias con test genético positivo no cambiaría la conducta conservadora?

La evidencia de la inducibilidad de arritmias ventricular en el estudio electrofisiologico en paciente asintomáticos sin arritmia previa, ni antecedentes familiares de MS, en esta y otras entidades como la miocardiopatía hipertrófica, o post IAM dudo del beneficio de la indicación del CDI. En este subgrupo donde la mortalidad es baja y el valor predictivo positivo de un test positivo no estratifica adecuadamente el riesgo arritmico, el estudio electrofisiológico e inducibilidad de arritmias no estratifica

adecuadamente a los pacientes, esto es decir su poder predictivo positivo, por lo cual si me guió por la inducibilidad de arritmias en el estudio (de bajo valor predictivo positivo) terminaré colocando CDI profilácticos pacientes de bajo riesgo arritmico, en los cuales las descargas adecuadas del CDI son similares a las tasas de complicación por colocación y/o recambio del CDI.

Por lo que frente a esto mi conducta es conservadora hasta que no encuentre evidencias sólidas o métodos de estratificación de riesgo con mejor valor predictivo positivo de MS.

Un abrazo

Martín Ibarrola

---

Estimados colegas, la respuesta de Dres. Brugada me han dicho que sí, parece un patrón de Brugada desencadenado por el proceso infeccioso. Se recomienda seguimiento. Si los antecedentes hacen pensar en posible arritmia en la familia se recomiendan estudios más exhaustivos- EEF. Un saludos y gracias por vuestra ayuda.

José.

---

