

Introducción del Concepto de *Fenocopia del Punto J.* A raíz de un caso Dr. Andrés R. Pérez Riera

A propósito del curiosísimo trabajo de Hayashi y col (**Ann Noninvasive Electrocardiol.** 2017 Sep;22(5). doi: 10.1111/anec.12433) relacionando el cáncer del pulmón que hace contacto con el corazón se asoció a la presencia de ondas J debo decir que a pesar de inédito, nosotros (Raimundo Barbosa Barros y yo) lo acabamos de observar en un curiosísimo caso de **tumor no Hodgkin** localizado en mediastino que comprimía la arteria pulmonar y la vía de salida del VD sabidamente el lugar preferencialmente afectado en el síndrome de Brugada.

Se trataba de una señora de edad, (79 años) que se quejaba de dolor precordial desde hacía 6 meses con aumento en intensidad y duración en los últimos 2 días asociado a tos y disnea. Refería un episodio sincopal con palpitaciones hace 1 mes relacionado a una crisis de tos intensa.

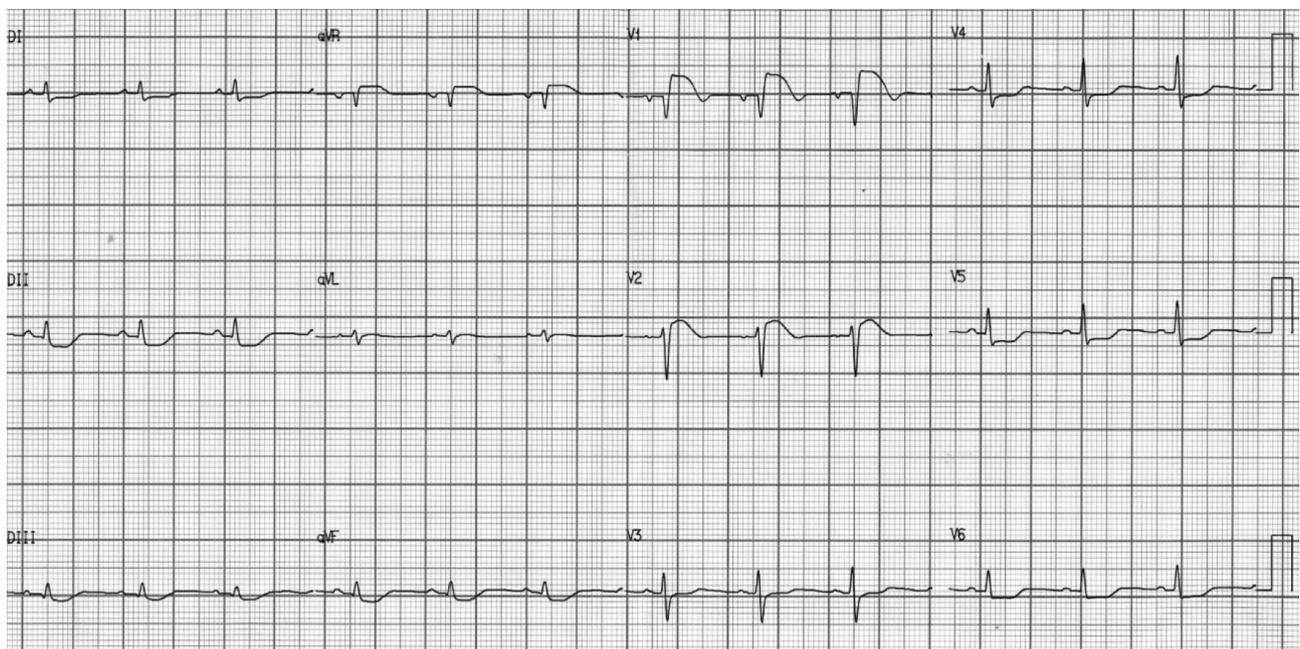
La historia familiar de MS o síncope en parientes de primer grado menores de 45 años era negativa.

Al examen físico estaba en ritmo sinusal, FC de 96 lpm, con hipofonesis de los ruidos,

Se palpaban ganglios no dolorosos y duros en el lado derecho del cuello;

Pulmones con estertores crepitantes basal izquierdo y ausencia a derecha

Dolor a la palpación en el hipocondrio derecho con hígado de éstasis doloroso a 3cm del reborde costal.



El ECG de admisión era el siguiente: Figura 1

Figura 1

Elevación del segmento ST en aVR y en precordiales derechas con elevación del segmento ST decreciente de V1 a V3. Concomitante depresión del segmento ST en pared inferior y lateral.

Conclusión: probable infarto de VD + Fenocopia Brugada, (elevación del ST ≥ 2 mm seguido de onda T negativa en V1-V2)

Nota: El infarto de VD puede confundirse con el anteroseptal siendo su carácter distintivo la elevación decreciente de derecha a izquierda de elevación del segmento ST.

A pesar que el laboratorio mostraba discreta elevación de troponina y CPK-MB normales fue interpretado como un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST e indicado angio-coronario-ventriculografía que reveló 70% de obstrucción proximal de la coronaria derecha con ventriculografía normal sin discinesias. Se decide implantar un Stent farmacológico con éxito (TIMI 3 and BLUSH 3).

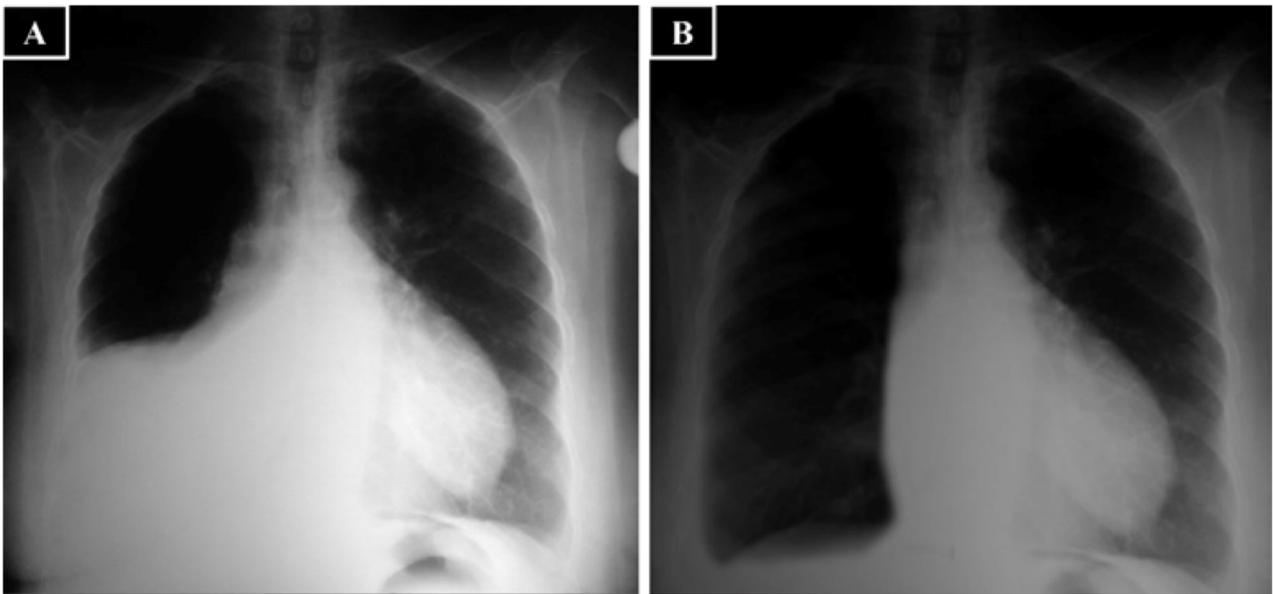
A pesar del éxito el patrón Brugada tipo 1 se mantiene en sucesivos ECGs.

El RX de tórax muestra un gran derrame pleural con ocupación del seno costo frénico derecho y la tomografía computadorizada del tórax nos muestra un tumor mediastino

expansivo y compresivo sobre la rama derecha de la arteria pulmonar y el tracto de salida del VD.

El eco mostraba discreta hipertrofia concéntrica y derrame pleural moderado sin restricción y presión de arteria pulmonar calculada de 65 mm de Hg

La biopsia aspirativa con aguja trans-carinal reveló un linfoma no Hodgkin's en el



mediastino

Iniciada quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia con anticuerpos monoclonales la radiografía de tórax AP normalizó el derrame pleural(B) Figura 2

Rx tórax PA antes (A) y después del tratamiento(B)

El ECG post tratamiento (Figura 3) revela normalización del patrón Brugada tipo 1 y bajo voltaje de los complejos QRSs

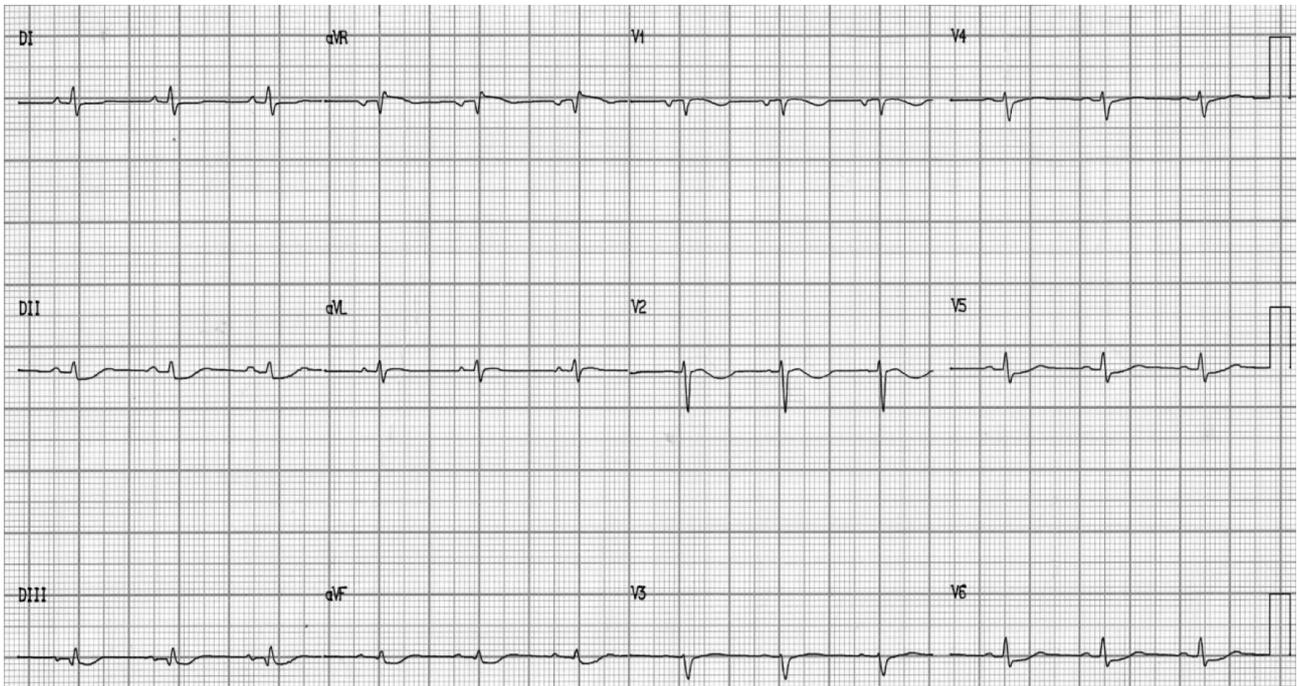


Figura 3

Claramente este caso al igual que el publicado por los autores japoneses con cáncer de pulmón y contacto cardiaco se trata con elevada probabilidad de una **fenocopia de onda J**

Adrian nos muestra en la tabla 1 a seguir los criterios para el diagnóstico de Fenocopia Brugada es decir: **presencia de la patente tipo 1 o 2, causa subyacente identificable, ausencia de historia familiar y síncope (en este caso fue causado por la tos incoercible) y negativa prueba provocativa con ajamlina Por ese motivo antes del alta fue realizado el test provocativo que resultó negativo.**

Table 1

Criteria	The present case
Type-1 or 2 ECG <u>BrP</u>	Yes
Underlying identifiable condition	Yes, non-Hodgkin's lymphoma
ECG normalization after resolution of the underlying condition	Yes, chemotherapy associated with radiotherapy and immunotherapy with monoclonal antibodies and cytokines
Low clinical pretest probability of true <u>BrS</u> determined by a lack of symptoms, medical and family history	Yes
Negative provocative testing with <u>ajmaline</u> , flecainide, or procainamide	Yes, figure 5
<u>Ajmaline</u> provocative testing	Negative

Haciendo una analogía con este manuscrito de los autores japoneses (Hayashi H, Wu Q, Horie M. The relationship between J waves and contact of lung cancer with the heart. Ann Noninvasive Electrocardiol. 2017 Sep;22(5). doi: 10.1111/anec.12433. Epub 2017 Mar 16.) es enormemente sugestivo que esto es muy probablemente una **fenocopia de onda J** nunca antes pensada. Para poder confirmar esta hipótesis los autores japoneses deberían hacer el tratamiento oncológico y en aquellos con clara reversión observar si desaparece la onda J en el ECG al igual que la fenocopia Brugada. Recientemente Adrián ha publicado en el Europace la “primera fenocopia atípica Brugada” (Alper AT, Tekkesin AI, Çinier G, Turkkan C, Baranchuk A. First description of a Brugada phenocopy in the inferior leads in the context of an acute inferior myocardial infarction. Europace. 2017 Jul 1;19(7):1219) registrada en la pared inferior “atypical Brugada phenocopy” **REALMENTE CREO QUE ESTA OBSERVACION QUE ACABO DE HACER ES EXTREMAMENTE RELEVANTE Y DEBERIAMOS TESTAR ESTA HIPÓTESIS.**

Andrés y Raimundo.

