

# Síndrome de Brugada. ¿Qué opción terapéutica es la indicada?

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Después de asegurarse con absoluta certeza que se trata de un **síndrome de Brugada (SBr) y no cualquier fenocopia Brugada** (leer cómo hacerlo en el site que comanda el brillante colega Adrian Barancuk integrante de este foro: [www.brugadaphenocopy.com/about-brugada-phenocopy.html](http://www.brugadaphenocopy.com/about-brugada-phenocopy.html))

Siga las recomendaciones de las últimas guías (Priori 2013) con algunas resalvas: Es **indicación Clase I** recomendar los siguientes cambios de estilo de vida en todos los pacientes con diagnóstico de SBr:

a) Evitar fármacos que puedan inducir y/o agravar la elevación del segmento ST en precordiales derechas. Para saber cuales son esos fármacos visite [www.Brugadadrugs.org](http://www.Brugadadrugs.org);

b) Evitar la ingesta excesiva de alcohol.

c) Hacer tratamiento inmediato de fiebre con antipiréticos si ésta por ventura ocurre.

**Clase IIa.** implantación de un CDI puede ser útil apenas en pacientes con un ECG espontáneo tipo 1 que tengan un historia de síncope probablemente causado por arritmias ventriculares.

**Clase III.** La implantación de ICD no está indicada en pacientes con SBr asintomáticos con un ECG tipo 1

¿Qué haría yo? (discutible)

**Respuesta:** le indicaría un **PVS** ("Programmed ventricular stimulation (PVS)") y solo le implantaría un CDI caso sea considerado un paciente inducible.

Aquí cabe una aclaración **extremadamente importante:** El protocolo del PVS debe ser el propuesto por los hermanos Brugadas (1) y no el protocolo del grupo de Priori (2; 3) o el de Probst (4) Estos distintos protocolos han hecho probablemente que exista falta de consenso en referencia al valor predictivo del "Programmed ventricular stimulation (PVS)". El paciente se considera inducible si una **arritmia sostenida ventricular: FV, TV polimórfica o TV monomórfica con duración > 30 segundos o que requiera intervención de emergencia es inducida** (Brugada 2003).

El protocolo recomendado es aquel que utiliza un solo sitio de estimulación sobre el ápice del ventrículo derecho, 3 ciclos de estimulación básica (600, 500, y 430 ms), y la introducción de 1, 2, y 3 ESV a un mínimo de 200 ms.

La corriente de estimulación es de 4 mA y 2,0 ms ancho, sin repetición de una estimulación extra.

Su baja reproducibilidad se explica porque los protocolos utilizados en los diversos centros son muy variables (Priori 2012; Probst 2010; Brugada 2003). Las directrices internacionales actuales recomiendan el **estudio electrofisiológico (EPS)** apenas como clase IIB1. Sin embargo recientemente, Sieira et al (5) (Sieira 2015) en un estudio de 20 años de seguimiento mostró que el EPS es un buen predictor de los resultados en los individuos con SBr, pero no absoluto.

Podría ser de especial valor para orientar aún más la gestión cuando se realiza en individuos asintomáticos. La precisión global de la prueba hace que sea una herramienta de detección adecuada para tranquilizar a los individuos asintomáticos no inducibles.

1. Brugada P, Brugada R, Mont L, Rivero M, Geelen P, Brugada J. Natural history of Brugada syndrome: the prognostic value of programmed electrical stimulation of the heart. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2003; 14(5):455-7
2. Priori SG, Gasparini M, Napolitano C, Della Bella P, Ottonelli AG, Sassone B, Giordano U, Pappone C, Mascioli G, Rossetti G, De Nardis R, Colombo M. Risk stratification in Brugada syndrome: results of the PRELUDE (Programmed Electrical stimulation predictive value) registry. *J Am Coll Cardiol*. 2012 Jan 3;59(1):37-45.
3. Priori SG, Wilde AA, Horie M, et al. HRS/EHRA/APHRS expert consensus statement on the diagnosis and management of patients with inherited primary arrhythmia syndromes: document endorsed by HRS, EHRA, and APHRS in May 2013 and by ACCF, AHA, PACES, and AEPC in June 2013. *Heart Rhythm*. 2013;10(12):1932-63.
4. Probst V, Veltmann C, Eckardt L, Meregalli PG, Gaita F, Tan HL, Babuty D, Sacher F, Giustetto C, Schulze-Bahr E, Borggrefe M, Haissaguerre M, Mabo P, Le Marec H, Wolpert C, Wilde AA. Long-term prognosis of patients diagnosed with Brugada syndrome: Results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. *Circulation*. 2010 Feb 9;121(5):635-43.
5. Sieira J, Conte G, Ciconte G, et al. Prognostic value of programmed electrical stimulation in Brugada syndrome: 20 years experience. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2015;8(4):777-784.