

# Síndrome de Brugada desencadenado por fiebre – 2008

Dr. José Luis Serra

Estimados colegas del Foro.

Estoy viendo a un paciente de 41 años de edad, sin ningún tipo de antecedente patológico relevante, que en una internación por una peritonitis el ECG de la valoración prequirúrgica mostró alteraciones. En el ECG adjunto realizado por el médico de guardia (donde en 1era línea está DI y DII, en 2da= DIII, aVr, aVI y aVf. En 3era: V1, V2, V3 y V4. En la 4ta línea: V1 y V2 en 3er espacio intercostal, luego V5 y V6 en posición standard) llamó la atención la morfología, lo que motivó la consulta a nuestro departamento. Dicha anomalía se corrigió un par de días después, al ceder la fiebre, luego de ser operado de apendicitis.

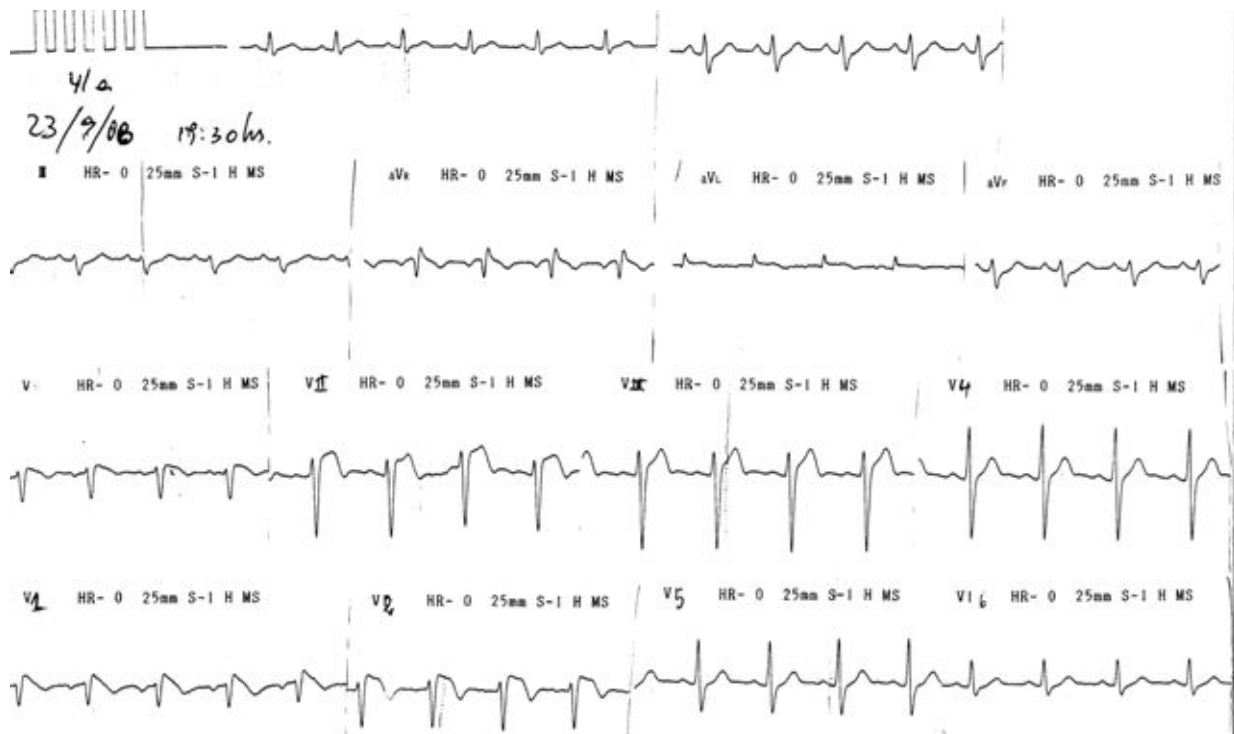
ECG, Ecocardiograma y holter posteriores totalmente normales.

Antecedente familiar: el padre, a los 42 años, sin antecedentes patológicos relevantes, murió súbitamente, sin pródromos mientras veía televisión. El paciente tiene una hermana sin problemas hasta el presente. No refiere otros antecedentes familiares relevantes.

¿Qué les parece el ECG? ¿Qué actitud tomarían?

José Luis Serra

Córdoba Argentina



## OPINIONES DE COLEGAS

Estimados Amigos, parece un patrón eléctrico de Brugada desenmascarado por el cuadro febril, por lo que cuentan con normalización posterior al mismo, el antecedente familiar debería tomárselo como un antecedente de peso, aunque también podría haber fallecido por cardiopatía isquémica, yo le haría un estudio electrofisiológico, si se desencadena TV/FV tendría indicación de CDI,

Saludos al foro

Francisco Femenia

Apreciados colegas, ya habíamos tenido un caso muy similar de un Brugada que se manifestó tras una infección viral. El estudio electrofisiológico sería el estudio inicial para descartar inducibilidad de arritmias y si existe la posibilidad, realizar pruebas genéticas. El paciente tiene antecedentes familiares de muerte súbita y probablemente sea candidato de DAI.

Un saludo,

Dr. Oswald Londono

Querido coterráneo Dr. José Luis Serra

Este paciente de media edad, pese ser asintomático, presenta elementos de elevado riesgo para muerte súbita

¿Por qué?

Respuesta:

- 1) Es del género masculino. Hombres con el síndrome de Brugada tiene mayor riesgo que aquellos portadores del síndrome del género femenino (1).
- 2) Tiene un trazado de ECG espontáneo con el patrón Brugada tipo 1: elevado riesgo.
- 3) Tiene antecedente positivo de MS en familiar joven (<45<sup>a</sup>) de primer grado y durante el reposo (viendo TV). El 85% de las muertes del síndrome de Brugada ocurren en reposo.
- 4) La fiebre ocasionada por el proceso infeccioso (peritonitis) sabidamente puede actuar en el canal de sodio con mutación revelando en forma espontánea el típico patrón ECG tipo 1. Mas por otra parte la peritonitis después de una reciente cirugía abdominal es una condición que puede simular elevación del segmento ST (2). La fiebre aumenta el riesgo de parada cardíaca en pacientes portadores de síndrome de Brugada (3)
- 5) Ausencia de cardiopatía estructural con los métodos hasta ahora empleados es un elemento de peso.
- 6) Además mirando en detalle el trazado tiene un bloqueo en la división subpulmonar o superior de la rama derecha (pseudo-bloqueo fascicular**

anterosuperior izquierdo), **o atraso final de conducción por la división superior o subpulmonar de la rama derecha** justo aquel fascículo que recorre la vía de salida del ventrículo derecho afectado en el Brugada. Fíjense que tiene extremo desvío del eje del QRS para la izquierda,  $S_{II} > S_{III}$ , R prominente en VR es el tipo A de mi clasificación vectocardiográfica típico del Brugada, Este tipo los que entienden menos de ECG le dicen que tiene bloqueo fascicular anterosuperior izquierdo. (hemibloqueo anterosuperior de Rosenbaum) Mas no lo es por lo siguiente: R prominente en aVR,  $S_{II} > S_{III}$  . En el bloqueo fascicular anterosuperior izquierdo es lo contrario:  $S_{II} < S_{III}$ . (4)

7) Finalmente este paciente tiene otro elemento electrocardiográfico de pronóstico ominoso: la positividad del signo de aVR (aVR sign (5).

Conclusión este es un caso asintomático de elevado riesgo de MS.

El estudio electrofisiológico yo haría pero su valor predictivo es polémico. Si resulta positivo: CDI. ¿Si resulta negativo? Este es un asintomático con ECG tipo 1 espontáneo pudiendo ser "Silent mutation carrier".

Estoy enviando esta respuesta con copia para los 3 Brugada brothers para ver si piensan diferente o no. Además creo que probablemente Ramón - el menor- ahora es jefe de servicio en España y tal vez pueda hacer la pesquisa de la presencia de mutación.

## Referencias

- 1) Benito B, Sarkozy A, Mont L, Henkens S, Berruezo A, Tamborero D, Arzamendi D, Berne P, Brugada R, Brugada P, Brugada J. Gender differences in clinical manifestations of brugada syndrome. J Am Coll Cardiol. 2008;52:1567-1573.
- 2) Gu YL, Svilaas T, van der Horst IC, Zijlstra F. Conditions mimicking acute ST-segment elevation myocardial infarction in patients referred for primary percutaneous coronary intervention. Neth Heart J. 2008;16:325-331.
- 3) Amin AS, Meregalli PG, Bardai A, Wilde AA, Tan HL. Fever increases the risk for cardiac arrest in the Brugada syndrome. Ann Intern Med. 2008 ;149: 216-218.
- 4) Pérez Riera A, et al. Value of 12 Lead ECG and Derived Methodologies in the Diagnosis of Brugada Disease Chapter The Brugada Syndrome From Bench to Bedside. Edited By: Charles Antzelevitch, 2005 Blackwell Publishing.
- 5) Babai Bigi MA, Aslani A, Shahrzad S. aVR sign as a risk factor for life-threatening arrhythmic events in patients with Brugada syndrome. Heart Rhythm. 2007;4:1009-1012

Abrazo afectuoso a todos

Andrés R. Pérez Riera.

---

Estimado José Luis,

Mirando los ECGs creo que es un SBr asintomático, espontáneo, ante un episodio febril (como ya ha sido descrito). Que el padre haya fallecido en forma súbita a los 42 años no es un dato menor (la edad promedio de muerte del SBr está en esa edad).

Como todos sabemos el tratamiento en asintomáticos es controvertido, ya que la única terapéutica segura es el CDI.

El segundo consenso recomienda CDI para asintomáticos con historia de familiar de MSC (el padre en este caso), Br tipo I espontáneo o inducido por bloqueantes canales sodio y TV/FV inducida en EEF.

Sin embargo el metaanálisis de Gehi no avala al EEF (igual que Priori y Eckardt) y la historia familiar de MSC como predictores de eventos cardíacos.

Como se dice por acá "estamos al horno", al haber controversias creo que cualquiera de las decisiones son correctas. Pienso que estos casos deben ser discutido con el paciente.

De todas maneras en este foro se encuentra Andrés quien ha escrito varios artículos, tiene experiencia y nos podrá ilustrar correctamente.

Un abrazo.

Oscar Pellizzón

---

Hola a todos.

Pregunto en la línea de abajo, el V1 y V2 son espontáneos, ¿es en pleno episodio febril?

Estoy de acuerdo con Oscar, hay dos corrientes y la verdad aún está por esclarecerse.

Carlos Rodríguez Artuza