

Síndrome del bloqueo de la rama derecha - 2010

Dr. Andrés R. Pérez Riera

La denominación de “**síndrome del bloqueo de la rama derecha**” parte de algo dudoso porque la definición dice *“con una morfología que se parece a un bloqueo de rama derecha”*.

Porque dice que se parece a un bloqueo de rama derecha? Entonces no tiene el tal bloqueo? Algo que se parece no es. Es algo parecido pero no igual.

Esto es una cosa que estamos tentando demostrar con la vectocardiografía.

Muchos de los ECG de los Brugada carecen de onda S final ancha en las derivaciones izquierdas I, aVL, V5 y V6 lo que ha motivado las confusas denominaciones de “pseudo RBBB” y “RBBB like” (1;2).

Por otra parte el verdadero bloqueo de rama derecha puede ser oculto o mascarado cuando presente el patrón electrocardiográfico Brugada tipo 1, señal de Brugada (Brugada signal) o fenotipo Brugada (3).

De suerte que el concepto del disturbio dromótopo por la rama derecha del Haz de His permanece un enigma en los pacientes portadores del síndrome.

Nosotros junto con Adrian Branchuk estamos planeando comparar un grupo de pacientes sintomáticos portadores del patrón electrocardiográfico Brugada tipo 1 (grupo 1) con dos grupos de INDIVIDUOS sanos, sin cardiopatía estructural aparente que tengan el patrón de bloqueo incompleto (grupo II) o completo (grupo III) de la rama derecha usando el ECG y el VCG .

El síndrome conocido hoy en día con el epónimo de síndrome de Brugada desde 1996, es una entidad cuya descripción inicial ocurrió en 1992 por los hermanos Brugada de Cataluña y fuera descrita como una entidad clínica y electrocardiográfica con la asociación de 4 elementos

- 1) *Bloqueo de la rama derecha*
- 2) *Elevación persistente del segmento ST*
- 3) *Intervalo QT normal*
- 4) *Tendencia a muerte súbita por TV/FV*

De estos cuatro elementos de la descripción inicial apenas uno todavía es válido: elevada incidencia de muerte súbita en pacientes con corazón estructuralmente normal.

Por qué digo esto?. Primero porque pienso que el síndrome la gran mayoría de las veces no tiene un verdadero bloqueo de la rama derecha una vez que con frecuencia no se observa onda S ancha en las derivaciones izquierdas.

Segundo porque la elevación del segmento ST no es **persistente**. Ella es dinámica, variable puede desaparecer de una hora para otra. Muchas veces es cancelada.

Tercero porque el intervalo QT no siempre es normal. Muchas veces está discretamente prolongado especialmente en las precordiales derechas.

Y según Antzelevich puede ser discretamente corto cuando el canal afectado es el de calcio.

Por lo tanto de cuatro elementos de caracterización inicial descrita por los hermanos Brugada apenas el cuarto elemento permanece incólumne.

Si he escrito alguna cosa errada pido que me corrijan los padres de la criatura.

1. Gussak I, Antzelevitch C, Bjerregaard P, Towbin JA, Chaitman BR. The Brugada syndrome: clinical, electrophysiologic and genetic aspects. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33:5-15.
2. Bjerregaard P, Gussak I, Antzelevitch C. The enigmatic ECG manifestation of Brugada syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 1998 Jan; 9: 109-112.
3. **Rolf S, Haverkamp W, Eckardt L. True Right Bundle Branch Block Masking the Typical ECG in Brugada Syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2005; 28: 258-259.**