

Síndrome de Brugada e teste de ajmalina – 2006

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Prezados colegas aqui Andrés Ricardo Pérez Riera de São Paulo Brasil.

Gostaria de externar a minha opinião sobre o caso de um paciente assintomático, sem genética estudada e sem familiares conhecidos portadores da síndrome que apenas possuía no ECG de base um padrão electrocardiográfico de repolarização que sugeria síndrome de Brugada seguramente eletrocardiográfico Tipo 2 ou Tipo 3 porque si tivesse tido um padrão eletrocardiográfico Tipo 1 ele não teria tido indicação para a realização da prova da ajmalina.

A prova de ajmalina não tem indicação em pacientes que apresentem no ECG espontaneamente o padrão eletrocardiográfico Tipo 1.

Se o paciente em questão tinha:

- 1) Ausência de antecedentes familiares;
- 2) Ausência de sintomas;
- 3) Genética não estudada ou negativa;
- 4) Padrão electrocardiográfico espontâneo Brugada Tipo 2 ou Tipo 3 não existe consenso se o estudo Eletrofisiológico positivo (EEF) possui ou não de valor preditivo para indicar o implante do CDI.

O grupo dos irmãos Brugada pensam que sim (1), mais o grupo da Professora Silvia Priori (2) e os outros importantes grupos europeus como o alemão, francês e holandês (3) pensam que não.

Por tanto, se seguimos as recomendações destes últimos a inductibilidade no EEF em assintomáticos no possui valor preditivo.

Adicionalmente a positividade da prova de ajmalina no tem especificidade uma vez que pode ser positiva na ausência de enfermidade de Brugada, como por exemplo na displasia arritmogênica do VD (4), na doença de Chagas forma indeterminada!!!(5) e até em 4% das pessoas sadias (falsos positivos).

A ajmalina, droga sintetizada pela primeira vez em 1931 por Sidiqi não se encontra difundida na comercialização em numerosos países.

A droga possui uma grande importância para o diagnóstico das formas ocultas e intermitentes na síndrome de Brugada e admite-se que seja o fármaco ideal para este objetivo por ocasionar rapidamente as modificações da repolarização com vantagem sobre os antiarrítmicos da classe IC (flecainida e pilsicadina) que possuem um efeito potente sobre o canal de Na⁺ e cinética lenta de união com este canal e efeito dromotrópico negativo mais intenso.

Queridos colegas o teste farmacológico com estas drogas da classe IA ou IC está indicado apenas em todo paciente que sofrera morte súbita abortada ou síncope inexplicado sem cardiopatia estrutural no qual o ECG não mostre espontaneamente o típico padrão eletrocardiográfico Brugada (formas ocultas ou intermitentes) ou em assintomáticos que tenha um ECG tipo eletrocardiográfico

Tipo 2 ou Tipo 3 mais com antecedentes familiares positivos e/ou com genética positiva.

Também está indicado para diferenciar a fibrilação idiopática genuína da síndrome de Brugada porque a prova farmacológica desmascara esta síndrome tida erroneamente como sendo FV idiopática quando oculta.

Finalmente o teste está indicada nos membros da família dos pacientes afetados.

Apenas nestes casos o teste com esta droga na síndrome de Brugada é considerada uma ferramenta de grande utilidade.

Não podemos sair fazendo testes a "*trochi mochi*" em qualquer indivíduo sem sintomas que tenha um ECG com BIRD e padrão de repolarização tipo 2 ou 3 sem nada mais.

Lembrem que se trata de uma prova que pode ocasionar morte súbita e deve realizarse em UTI com consentimento assinado.

Por tanto para alguns autores com os quais eu me alinho implantar um CDI em um paciente sim as características apresentadas é um desatino.

Paciente assintomático, com ECG baal normal ou com padrão de repolarização Tipo 2 ou Tipo 3 sem familiares de primeiro grau portadores da doença, sem genética comprovada apenas com a prova de ajmalina positiva e a indução no EEF pode ser um erro implantar um ICD.

Por outra parte, estudo realizado em uma série numerosa

de pacientes portadores da síndrome de Brugada e fibrilação ventricular idiopática (34p) sintomáticos demonstrou que o emprego de quinidina elimina a indução ao EEF em 96% dos casos e a repetição de eventos taquiarrítmicos em 100% em seguimento de 5.6 anos (6).

Imaginem os colegas que acontecerá em assintomáticos:
Descarga 0 vezes 0.

Numerosos outros trabalhos apóiam esta conclusão
(7;8;9;10)

Meu ponto de vista: discordo dos conductores do caso eu não teria implantado ICD neste paciente assintomático.
O que eu faria então no momento atual em que o paciente já tem o ICD no peito?

Resposta: lhe daria quinidina nas dose preconizadas e o liberaria para dirigir coletivos.

Referencias

- 1) Brugada J, Brugada R, Brugada P. Determinants of sudden Cardiac death in individuals with the pattern of Brugada syndrome and no previous cardiac arrest. *Circulation* 2003; 108: 3092-3096.
- 2) Priori SG, Napolitano C, Gasparini M, et al. Natural history of Brugada syndrome: insights for risk stratification and management. *Circulation*. 2002; 105: 1342-1347.
- 3) Eckardt L, Probst V, Smits JP, Bahr ES, Wolpert C, Schimpf R, Wichter T, Boisseau P, Heinecke A, Breithardt G, Borggrefe M, Lemarec H, Bocker D, Wilde AA. Long-Term Prognosis of Individuals With Right Preordial ST-

Segment-Elevation Brugada Syndrome. *Circulation*. 2005; 111: 257-262; 111: 257-263.

4) Peters S, Trummel M, Denecke S, Koehler B. Results of ajmaline testing in patients with arrhythmogenic right ventricular dysplasia-cardiomyopathy. *Int J Cardiol*. 2004; 95:207-210.

5) Chiale PA, Przybylski J, Laino RA, et al. Electrocardiographic changes evoked by ajmaline in chronic Chagas' disease without manifest myocarditis. *Am J Cardiol* 1982; 49:14-20.

6) Belhassen B, Viskin S, Fish R, et al. Effects of electrophysiologic-guided therapy with Class IA antiarrhythmic drugs on the long-term outcome of patients with idiopathic ventricular fibrillation with or without the Brugada syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1999;10:1301-1312.

7) Mok NS, Chan NY, Chi-Suen Chiu A. Successful Use of Quinidine in Treatment of Electrical Storm in Brugada Syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2004; 27:821-823.

8) Hermida JS, Denjoy I, Clerc J, et al. Hydroquinidine therapy in Brugada syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43: 1853-1860.

9) Marquez MF, Rivera J, Hermosillo AG, et al. Arrhythmic storm responsive to quinidine in a patient with brugada syndrome and vasovagal syncope. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2005;28:870-873.

Abraços

Andrés.