

Pesquisa de un Síndrome de Brugada Sintomático en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Atención Primaria

Dr. Luis Sanhueza A.

*Médico E.D.F, certificado
ACLS-AHA/CEFAV,
Servicios de Hospitalización, Policlínico
de Morbilidad General y Urgencias
Hospital Yumbel, Servicio de Salud
Bío-Bío, VIII Región, Chile*

Dra. Alejandra Doberti A.

*Odontólogo E.D.F,
Investigadora-colaboradora asociada
a Equipo Médico Hospital Yumbel*

Srta. Sahba Sedaghat N.

Srta. Andrea Salazar A.
*Internas de Medicina
Universidad de Concepción*

Correspondencia a:
Luis Sanhueza A.
E-mail: luissanac@gmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, C.J.J., 19 años de edad, que consultó el 26 de julio de 2005, a las 23:20 hrs, en el Servicio de Urgencias del Hospital de Yumbel, por episodio súbito de pérdida de conciencia con caída al suelo, sufriendo contusión supraciliar izquierda y de labio superior.

El examen físico no arrojó hallazgos relevantes, salvo las lesiones ya señaladas. Presentó Glasgow 15, signos vitales y hemodinamia estables.

Refirió antecedentes de 2 episodios similares, a los 11 y 16 años de edad, sin conclusión diagnóstica clara. Tampoco había antecedentes familiares claros, dado que el paciente había sido abandonado a temprana edad, y residía en un hogar de menores en riesgo social.

Se realizó ECG basal en reposo de 12 derivaciones, donde se pesquisó bloqueo incompleto de rama derecha (BIRD) y morfología sugerente de Brugada tipo II, refrendada por especialista del Equipo de Telemedicina de Chile. Dado lo ominoso de este hallazgo, por el alto riesgo de muerte súbita y por la necesidad de manejo con desfibrilador implantado, se le trasladó monitorizado a la UCI del Hospital Base de Los Ángeles, desde donde se derivó a centro especializado en Santiago para estudio electrofisiológico y manejo definitivo.

DISCUSIÓN

Es importante tener siempre presente que la causa de un episodio sincopal puede ser una alteración cardiovascular potencialmente ominosa, de alto riesgo de muerte súbita.

En ese sentido, se deben buscar dirijidamente signos electrocardiográficos con alto valor predictivo de condicio-

nes arritmogénicas precursoras de episodios de fibrilación ventricular. Entre éstas, destaca particularmente el llamado Síndrome de Brugada, consistente en una anomalía eléctrica primaria cardíaca, de base genética, autosómica dominante, originada en mutaciones en el canal de sodio cardíaco, que generan condiciones de gradientes eléctricos precipitantes de taquiarritmias ventriculares polimórficas que, si no son sostenidas, producen episodio sincopal y que si lo son, pueden ocasionar la muerte súbita en pacientes sin patología estructural evidente y que tienen un ECG característico que es la marca del síndrome, consistente en bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en precordiales derechas (V1 a V3), con frecuentes normalizaciones espontáneas y transitorias de esta morfología electrocardiográfica¹. En un estudio reciente del grupo de Josep Brugada, la mayoría de los diagnosticados fue asintomática (56,8%). El 21,2% se identificó tras sufrir un episodio de muerte súbita abortada y un 21,8% se pesquisó durante el estudio de un episodio de síncope². El 62% de aquellos con muerte súbita previa, tuvo un nuevo episodio en seguimiento a 5 años. El 19% de pacientes con síncope previo presentó muerte súbita por fibrilación ventricular a los 2 años y medio de seguimiento, y el 9% de los asintomáticos con ECG basal anormal tuvo fibrilación ventricular en el mismo plazo². Actualmente, el único tratamiento eficaz y que debe hacerse obligatoriamente en los pacientes sintomáticos, es un desfibrilador implantado².

CASO CLÍNICO

En los asintomáticos con ECG basalmente anormal, se debe hacer estudio electrofisiológico de inducibilidad con Ajmalina, debiendo todos los inducibles recibir el desfibrilador².

La mayoría de estos casos asintomáticos se descubrió al hacer el estudio familiar de los pacientes ya diagnosticados².

En estudios de prevalencia en Chile, según Escobar E, et al, del Equipo de Telemedicina de Chile, la prevalencia de BIRD y de la morfología de Brugada es relativamente baja y acorde a la descrita en la literatura en población general asintomática, siendo más alta en varones; no obstante lo cual instan a una mayor acuciosidad en el informe electrocardiográfico en presencia de BIRD³.

En un estudio observacional y descriptivo sobre hallazgos electrocardiográficos en electrocardiogramas basales de reposo en escolares, en el Hospital Yumbel, VIII Región, Chile; Sanhueza y colaboradores reportaron 2 morfologías de Brugada sobre una muestra preliminar de 100 trazados evaluados⁴.

Esto debe llamar la atención y hacer pensar en esta condición ante el enfrentamiento de un paciente con síncope y, eventualmente, sus familiares directos, buscándola dirigidamente en el ECG. También, creemos, sería aconsejable descartarla a través de electrocardiogramas aplicados como *screening*, en población asintomática que se presente para evaluación del riesgo de muerte súbita ante actividad física, como escolares y deportistas^{4,5}.

COMENTARIO DEL MÉDICO FAMILIAR

Los médicos que se desempeñan en APS y Hospitales de Baja Complejidad, en forma habitual han debido pesquisar, diagnosticar y resolver los problemas de salud de sus pacientes a cargo, en un marco de síntomas y signos mal definidos asociados a grandes incertidumbres y en un contexto de altas demandas asistenciales y limitados recursos. La experiencia que aquí se presenta nos invita a darnos cuenta de las posibilidades de ir modificando esta visión histórica del quehacer médico en APS. Nos desafía aquí, el síncope, un motivo de consulta más frecuente de lo que quisiéramos en Atención Primaria, que nos enfrenta a una amplia gama de diagnósticos etiológicos con distintos manejos y pronósticos y nos convoca a utilizar todos nuestros recursos clínicos para un adecuado abordaje y un oportuno manejo terapéutico. Donde una acuciosa anamnesis, un exhaustivo examen físico y un pertinente electrocardiograma de reposo, resultan ser los elementos claves en la toma de decisiones clínicas vinculadas al proceso de atención de pacientes que consultan por este problema de salud.

Este caso ilustra la importancia de contar con los conocimientos técnicos así como con las herramientas de apoyo diagnóstico y la asesoría de expertos, lo que en su conjunto permitió el diagnóstico del Síndrome de Brugada - entidad fisiopatológica que determina la ocurrencia de arritmias ventriculares y el riesgo inminente de muerte súbita (Guía AUGÉ-Trastorno de la Conducción) - y el acceso del paciente a un manejo de

mayor complejidad en forma oportuna.

En síntesis,

"Parecía uno más y era único, atenderlo parecía tan complejo y resultó tan simple; he aquí un ejemplo de los pilares de resolutivez que moviliza el nuevo modelo de atención de salud en el caso de C.J.J."

1. **lo que estuvo:** un servicio disponible, saberes actualizados, rigurosidad diagnóstica, habilidades en el uso de las tecnologías disponibles, la posibilidad del diálogo en equipo y en red, la articulación de recursos más allá de lo local;
2. **lo que podría haber existido previo al episodio:** un cuidado más efectivo desde la longitudinalidad, es decir: aprovechamiento de las oportunidades diagnósticas previas y un sistema de vigilancia del riesgo,
3. **lo que queda por hacer:** la pesquisa de riesgo y daño al interior de la familia y a lo largo del ciclo vital, el apoyo para la elaboración de la experiencia en familia y para la asunción de posibles cambios de los proyectos de vida, el establecimiento de alianzas para el cuidado,
4. **lo que se deberá negociar:** las decisiones de salud pública.

Dra. Patricia Villaseca Silva, Médico de Familia. Directora Departamento Salud Pública Universidad de Concepción.

Dra. Elizabeth Chandía Cabrera, Médico de Familia, Colaborador Docente Universidad de Concepción.

REFERENCIAS

1.- BRUGADA P, BRUGADA J. Right Bundle Branch Block Persistent ST Segment Elevation and Sudden Cardiac

Death: A Distinct Clinical and Electrocardiographic Syndrome. J Am Coll Cardiol 1992; 20: 1391-6.

2.- BRUGADA J. Síndrome Brugada. En: Medwave, Año 2, N° 3, Edición Abril

2002. Procedente del XIX Congreso Chileno de Medicina Intensiva; 2001; Pucón, Chile.

3.- ESCOBAR E, ADRIAZOLA P, BELLO F, et al. Prevalencia de Bloqueo

- Incompleto de Rama Derecha y Morfología Sugerente de Brugada en una Población General. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2004; 19 (3): 123.
- 4.- SANHUEZA L, SANDOVAL C, DOBERTI A, et al. Hallazgos Electrocardiográficos Anormales en Electrocardiogramas de *Screening* en Escolares de 7 a 19 años, en el Hospital Yumbel, entre Enero y Septiembre del 2005. Libro de Resúmenes XII Congreso Nacional y VII Científico Gremial de la Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona; 2005 Nov 11-12; Santiago, Chile, p. 34.
- 5.- CORRADO D, PELLICCIA A, HALVOR BJORNSTAD H, et al. Cardiovascular pre-participation *screening* of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. *European Heart Journal* 2005; 26: 516-24.