



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2694 - Muerte súbita recuperada

L. Méndez de Haro^a, J. López González^b, M.M. García Alonso^c, A.M. Corazón Monzón^d, H. Bergaz Díez^d y T. Salado García^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid Este. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Cigales. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 46 años. NAMC. Dislipemia, hipotiroidismo. AF: padre fallecido por problema cardíaco no filiado a los 60 años. Síncope con parada cardiorrespiratoria recuperada (PCR).

Exploración y pruebas complementarias: Ausencia de pulsos, Glasgow 3, en EKG fibrilación ventricular (FV). Se inician maniobras de RCP con tiempo total de parada de 25 minutos tras 6 desfibrilaciones, 600 mg de amiodarona y 7 mg adrenalina. Tras RCP: TA 110/70 mmHg, FC 80 lpm, satO₂ con IOT 100%. AC: rítmica sin soplos. Se inicia protocolo de hipotermia. EKG inicial: FV 100 lpm, QRS 90 ms, pobre progresión de r en precordiales. Elevación cóncava del ST V4-V6, II y AVL, descenso de V1-V3 y II. QTc 250 ms (patrón Brugada). Ecocardiograma, cateterismo cardíaco: normal. Analítica: hiperfosforemia inicial 8,1 mg/dl, lactato 7,7 mmol/l, CK pico 1.553 U/l a las 48h. Normalización posterior.

Juicio clínico: FV con PCR recuperada: síndrome de Brugada. Encefalopatía postanóxica moderada con trastorno de la personalidad asociado.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Brugada. IAM. Muerte súbita por miocardiopatía hipertrófica VI. DAVD. Alteraciones del ritmo. Intoxicación: antidepresivos, litio, cocaína.

Comentario final: El síndrome de Brugada es una enfermedad cardíaca hereditaria (40% autosómico dominante de penetrancia variable) sin cardiopatía estructural de base, con EKG específico (elevación cóncava del ST en derivaciones precordiales V1-V3) y aumento del riesgo de muerte súbita cardíaca arritmogénica. Más frecuente en varones en la cuarta década. Supone el 4% de las muertes súbitas, el 20% de fallecimientos sin patología cardíaca estructural, por lo que es importante realizar pruebas de imagen para descartarla. En atención primaria, dada la relación genética de la patología, es importante indagar en antecedentes familiares y en caso de diagnóstico de síndrome de Brugada, realizar EKG de despistaje en familiares. Se recomienda implantación de DAI (prevención secundaria de muerte súbita recuperada) en los pacientes con sospecha de síndrome de Brugada. Todavía es cuestionado el papel de los inhibidores de canales de calcio en esta patología.

Bibliografía

1. Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, Brugada J, Brugada R, Corrado D, et al. Brugada syndrome: Report of the Second Consensus Conference: Endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation*. 2005;111:659-70.

Palabras clave: Muerte súbita recuperada. Elevación del ST. DAI.