

424/3498 - MÁS ALLÁ DEL INFARTO

B. Riesgo Escudero¹, S. Riesgo Escudero², F. Hernández Chafes¹ y M. Moriano García³

¹Médico de Familia. EAP San Rafael. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Urgencias Pura Fernández. Barcelona. ³Médico de Familia. Centro de Salud Camp de Larpa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 36 años de edad, natural de Colombia, fumador de 4-8 puros/mes consulta por dolor precordial opresivo en hemicárdio izquierdo que empeora con el esfuerzo físico y estrés de 12-24 horas de evolución. Intensidad 8/10. Cede en 30 minutos con el reposo. No irradiación típica ni característica, cortejo vegetativo, palpitaciones, síncope ni otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 73 lpm, TA: 123/82 mmHg, Sat. O2 100%, T^a 36,1 °C. BEG, consciente y orientado, NH y NC. Cardiovascular: tonos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos. Resto sin alteraciones. ECG: Elevación ST > 2 mm en V1-V2. Se administra 250 mg AAS y cafinitrina 25 mg. Se orienta como síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y se remite a Urgencias del hospital con activación del Código IAM. A su llegada al hospital de referencia: BEG, consciente y orientado, AC: TCR sin soplos, Pulso periféricos presentes y simétricos. No ingurgitación yugular, reflujo hepato-yugular ni edemas. AR: MVC sin ruidos sobrañadidos, eupneico en reposo. Resto sin alteraciones. ECG: patrón Brugada tipo 1 en V1-V2. Radiografía tórax: ICT normal, senos costofrénicos libres. No condensaciones ni signos de IC. Analítica: Hb 16,4 g/dl, HTO 49,7%, leucos $6,6 \times 10^9/L$, Plaq $315 \times 10^9/L$, GLU 87 mg%, urea 35 mg%, Crea 0,9 mg%, FG > 90 ml/min, Na 138 mmol/L, K 3,44 mmol/L, AST 22 UI/L, ALT 28 UI/L, troponinas 6 ng/L. EAB: PH7,35; PCO2 49 mmHg, PO2 45 mmHg, Lact 1,7 mmol/L. Resto sin alteraciones. Valoración cardiólogo de guardia. AC: TCR sin soplos, AR: MVC sin ruidos sobrañadidos y ausencia de signos de IC derecha. ECG: ritmo nodal compitiendo con ritmo sinusal y repolarización con patrón Brugada tipo 1 en V1-V2 sin otras alteraciones. Radiografía tórax anodina y troponinas negativas. Se orienta como dolor torácico inespecífico con muy baja probabilidad de etiología cardiológica (a pesar de dolor prolongado). Se pauta diazepam 5 mg sublingual, paracetamol 1 g y omeprazol (ev), tras mejoría sintomática se remite al CAP para seguimiento y se encuentra pendiente de valoración en Unidad de arritmias en Hospital de referencia.

Orientación diagnóstica: Dolor torácico inespecífico. Síndrome Brugada tipo 1.

Diagnóstico diferencial: IAM. Síndrome de muerte súbita. Arritmias ventriculares (FV-TV). Bloqueo de rama derecha atípica. Síncope. Canalopatías. HVI. Hipercalcemia. Hipertotasemias.

Comentario final: El síndrome de Brugada es una patología poco frecuente, con patrón ECG característico y manifestaciones clínicas desde inespecíficas hasta iniciales como muerte súbita y/o arritmias ventriculares. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para mejorar el pronóstico de dichos pacientes.

Bibliografía

1. Brugada P, Brugada J, Brugada R. J Am Coll Cardiol. 1992;20:1391-6.
2. Priori SG, Blomstrom-Lundqvist C. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal. 2015;36:2793-867.

Palabras clave: Síndrome de Brugada tipo 1. Dolor torácico inespecífico.