



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

482/723 - SÍNDROME DE BRUGADA VERSUS REPOLARIZACIÓN PRECOZ

J. Díaz Salazar Chicon¹, B. Torre Pérez², L. Hernáiz Calvo³ y A. Guillén Bobe⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 26 años de edad sin antecedentes de interés, deportista aficionado. Primo hermano antecedente de Muerte súbita. Acude a consulta de Urgencias por aparición súbita de dolor torácico mientras se encontraba en reposo que describe como opresivo a nivel submamario izquierdo irradiado hacia hombro ipsilateral. Niega cortejo vegetativo acompañante. Niega clínica catarral previa.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica sanguínea: troponina ultrasensible doblemente negativa. Dímero D 200. ECG: rítmico sinusal a 70 por minuto. Elevación ST de 1 mm en v1 y v2 con morfología RSR. Repolarización precoz en v4, v5 y v6. Ecocardioscopia: contractilidad biventricular normal, no valvulopatías ni derrame pericárdico.

Orientación diagnóstica: Las características clínicas junto con la doble determinación negativa de troponinas permiten descartar con fiabilidad daño miocárdico agudo. Sin embargo, el perfil de paciente y las características electrocardiográficas exigen un diagnóstico diferencial entre la repolarización precoz y el síndrome de Brugada.

Diagnóstico diferencial: De los tres patrones ECG compatibles con síndrome de Brugada, el único diagnóstico es el tipo 1, elevación descendente del ST > 2 mm en más de una derivación derecha (V1-V3), con ondas T negativas, debiendo coexistir para el diagnóstico definitivo con alguno de los siguientes criterios clínicos: FV documentada, TVP documentada, arritmias ventriculares durante el estudio electrofisiológico, síncope, historia familiar de muerte súbita en menores de 45 años o patrón ECG tipo I en otros miembros de la familia. En este caso el patrón ECG no era totalmente compatible puesto que la elevación era inferior a 2 mm y no existían onda T negativa. Además el episodio de muerte súbita no había acaecido en un familiar directo. Se citó al paciente con cardiología quien realizó test de provocación con flecainida resultando negativo.

Comentario final: Mientras que la repolarización precoz es un proceso benigno común en varones jóvenes y deportistas, el síndrome de Brugada es una canalopatía requiere un diagnóstico oportuno y una alta sospecha clínica por su potencial riesgo de generar una muerte súbita. El reconocimiento del patrón de ECG es imprescindible.

Bibliografía

1. Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315.

Palabras clave: Síndrome de Brugada. Repolarización precoz.