



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

## 452/139 - SÍNCOPE DE PROBABLE ORIGEN CARDIOGÉNICO

A. Guillén Bobé<sup>1</sup>, L. Hernáiz Calvo<sup>2</sup>, C. Aranda Mallen<sup>1</sup>, B. Cabañuz Plo<sup>3</sup>, G. Mallet Redín<sup>3</sup>, M. Santamaría Montoya<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Ámbito del caso: Atención Primaria. Antecedentes personales: sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Antecedentes familiares: no refiere. Situación funcional: independiente para AAVD. Procedente de Francia pero afincado de forma definitiva en España. Profesión: estudiante. Hábitos: niega dependencia a tóxicos; consumo ocasional de alcohol en fin de semana. Deportista con frecuencia. Medicación actual: sin tratamiento farmacológico de base. Paciente varón de 22 años que acude a consulta de centro de salud en atención urgente por presentar dos episodios de síntoma en presencia de testigos, de escasos segundos de duración, con recuperación espontánea completa, destacando exclusivamente amnesia episódica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos ritmicos con bradicardia de 54 latidos por minuto, de buena intensidad. Auscultación pulmonar: normoventilación con murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a ningún nivel topográfico, sin identificación de masas ni visceromegalias. Peristaltismo: conservado, sin borborismo y percusión mate. Peritonismo: signos de irritación peritoneal y Murphy: negativos. Electrocardiograma [ECG]: bradicardia sinusal; bloqueo aurículo-ventricular de 1<sup>er</sup> grado; bloqueo incompleto de rama derecha.

**Juicio clínico:** Síndrome de Brugada tipo II.

**Diagnóstico diferencial:** Analítica de sangre (se referencian exclusivamente parámetros fuera de rango). Metabolismo del hierro: hierro en suero: 52. Hemograma. Serie roja: hemoglobina: 12,8; volumen corpuscular medio [VCM]: 73,4; hemoglobina corpuscular media [HCM]: 23,3; anchura de distribución eritrocitaria [ADE]: 16,5%. Anemia microcítica hipocrómica, ferropénica. ritmo sinusal normal con frecuencia cardíaca promedio y variabilidad nocturna adecuada. Sin registros de bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado tipo II ni de tercer grado o completo. No bradicardias ni pausas patológicas registradas. Extrasistolia supraventricular de muy baja densidad, sin taquicardias supraventriculares específicas ni fibrilación auricular. Ausencia de actividad ectópica ventricular. Interconsulta virtual con servicio de Cardiología.

**Comentario final:** El síndrome de Brugada es una canalopatía que afecta a los canales de sodio transmembrana, por mutación del gen SCN5A. Tiene una penetrancia incompleta y una expresividad fenotípica muy variable, y afecta preferentemente a grupos celulares del ventrículo derecho [VD], provocando una dispersión de potenciales de acción y períodos refractarios del VD, lo que se traduce en el

ECG en alteración de la repolarización en precordiales derechas (V1-V3). Las alteraciones electrocardiográficas pueden ser inconstantes, y hacerse presentes únicamente en diversas circunstancias; la fiebre y determinados fármacos antiarrítmicos pueden desenmascararlos. Un error habitual suele derivarse de falsos diagnósticos por una mala colocación de los electrodos V1 y V2 en el segundo o tercero espacios intercostales. Existen tres patrones de trazado, de los cuales, el único realmente diagnóstico es el tipo 1; los patrones tipo 2 y 3 requieren confirmación mediante el test de provocación farmacológico, bien con flecainida o ajmalina. 1. Tipo 1: bloqueo incompleto de rama derecha Y elevación del ST “en aleta de tiburón” > 2 mm en dos derivaciones precordiales derechas (V1-V3), Y T negativa. 2. Tipo 2: bloqueo incompleto de rama derecha Y elevación del ST “en silla de montar” > 2 mm en dos derivaciones precordiales derechas (V1-V3), Y T positiva. 3. Tipo 3: morfología tipo 1 o 2, siendo la elevación del ST 2 mm.

## Bibliografía

Calderón A, coord. El electrocardiograma en diferentes situaciones clínicas, en Curso de electrocardiografía online, 2<sup>a</sup> ed. SEMERGEN: Madrid; 2018.

**Palabras clave:** Síncope. Síndrome de Brugada. Bloqueo de rama.