

**Autores:** Toledo Regalado Karen Fernanda (R2 de Cardiología); Cruz Franco Henry Mauricio (Cardiólogo, Electrofisiólogo); Lopez Mendoza Richard Eudoro (Jefe del servicio de Cardiología); Barrio Nuñez Eduardo Fernando (Hemodinamista). Cornejo Peña Guillermo Andrés (Cardiólogo, Especialista en Insuficiencia Cardíaca, Transplante cardíaco y asistencia ventricular). Servicio de Cardiología del Hospital Alcívar.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada es una enfermedad genética autosómica dominante, común en hombres, prevalencia de 5/10000, mutaciones en SCN5A en el 20 % de los casos. Hasta el 80 % de los pacientes son asintomáticos antes de sufrir muerte súbita, con un riesgo de arritmias graves del 12 % a 10 años. La detección y estratificación temprana son fundamentales para decidir el implante de CDI.

## OBJETIVOS

- ✓ Determinar el riesgo de muerte súbita en pacientes asintomáticos con patrón de Brugada tipo II alternante.
- ✓ Destacar la importancia del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del síndrome de Brugada asintomático.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de los datos demográficos, clínicos, electrocardiográficos y FRCV del paciente, búsqueda de información actualizada para la estratificación del riesgo de muerte súbita. Se obtuvo el consentimiento informado y se mantuvo la confidencialidad de los datos.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 34 años, sin FRCV, con APF: Hermano fallecido a los 36 años de causa desconocida. En valoración pre quirúrgica por herniorrafia inguinal se determina EKG con patrón de Brugada tipo II, paciente asintomático, niega síncope. Holter: brugada tipo I. Ecocardiograma: corazón estructuralmente normal. Escalas: Shanghai 4.5 puntos (diagnóstico definitivo), Sieira 4 puntos (riesgo moderado). Luego de estratificación del riesgo de muerte súbita se decidió implante de CDI.

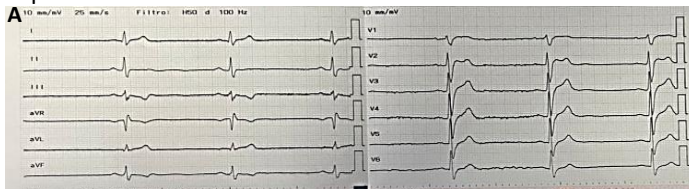


Ilustración A: EKG sinusal a 37 lpm, TCIV, patrón de brugada tipo II en V2.

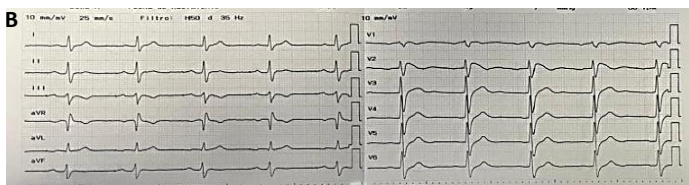


Ilustración B: EKG ritmo de MCPM 60 lpm, TCIV, patrón de brugada tipo I en V2.

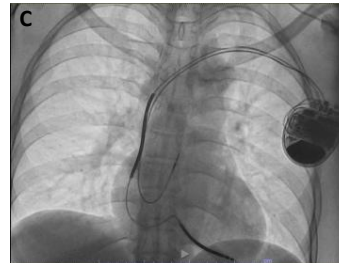


Ilustración C: CDI.

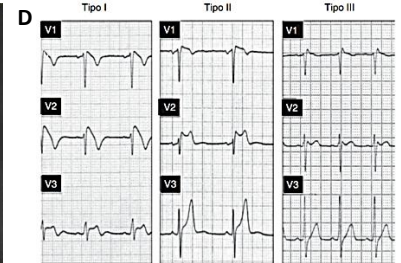


Ilustración D: Patrones de Brugada.

## DISCUSIÓN

Existen varias escalas pronosticas como: BRUGADA-RISK, Shanghai, Sieira y la predicción de Eventos Arrítmicos (PAT) sin llegar a un consenso de una única escala con mayor validez (Wei et al., 2022; Nakagawa et al., 2023). La escala de Sieira muestra mejor balance entre sensibilidad (57%) y especificidad (71%) en comparación con la escala Shanghai, que es más sensible (69–91%) pero menos específica (44–63%) (Wei et al., 2022). El estudio PRELUDE, la inducibilidad de la arritmia no fue un predictor de eventos en el seguimiento (9 de 14 eventos ocurrieron en pacientes no inducibles) (Nakagawa et al., 2023). El test genético tiene valor pronóstico limitado, solo el 20-30% de los pacientes presentan mutaciones patogénicas y no hay correlación consistente con el riesgo (Liu et al., 2023). El cambio de patrón de Brugada tipo 2 a tipo 1 puede ocurrir espontáneamente o tras la administración de fármacos (ajmalina, flecainida o procainamida) requiriendo una evaluación más detallada del riesgo y seguimiento estrecho (Nakagawa et al., 2023). El DAI se reconoce como la terapia más eficaz para salvar vidas en pacientes con síndrome de Brugada pero se asocia con una tasa considerable de complicaciones.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La detección temprana, la estratificación del riesgo de eventos arrítmicos mayores y de muerte súbita mediante escalas, así como el tratamiento oportuno ayudan a prevenir desenlaces fatales. Se recomienda individualizar cada caso y considerar el riesgo-beneficio del uso de CDI, así como la decisión del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gaita F, Cerrato N, et al. Asymptomatic Patients With Brugada ECG Pattern. *AHA/ASA journals*. (2023). Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.123.064689.
2. Rattanawong P, Mattanapojanat N, et al. Predicting arrhythmic event score in Brugada syndrome: Worldwide pooled analysis with internal and external validation. *Heart Rhythm Society*. (2023). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2023.06.013>.
3. Asatryan B, Postema P, et al. Pushing prognostic boundaries in Brugada syndrome. *Heart Rhythm Society*. (2023). doi: 10.1016/j.hrthm.2023.07.008.
4. Nakagawa T, Sakata Y, et al. Risk Stratification for Sudden Cardiac Death in Asymptomatic Brugada Syndrome Patients. (2023). doi: 10.3390/jcm12113814.
5. Rodríguez M, Baluja A, et al. Validación de escalas multiparamétricas de predicción de riesgo de muerte súbita en pacientes con síndrome de Brugada y estudio electrofisiológico. *Revista Española de Cardiología*. (2022). doi: 10.1016/j.recesp.2021.07.006.
6. Carrillo R, Ezpinosa I, et al. Síndrome de Brugada tipo II. *Rev Mex Anestesiología*. (2014). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cma141g.pdf>.
7. Priori S, Gasparini M, et al. Risk Stratification in Brugada Syndrome: PRELUDE. *American College of Cardiology*. (2012). doi: 10.1016/j.jacc.2011.08.086.
8. Wei T, Wang C, et al. Predicting Arrhythmic Events in Brugada Syndrome with Clinical Risk Scores: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Cardiovasc Med*. (2022). doi: 10.3389/fcvm.2022.856417.
9. Liu X, Jin J, et al. Current Status and Future Directions of Genetic Testing in Brugada Syndrome. *Front Genet*. (2023). doi: 10.3389/fgene.2023.1189417.
10. Nakagawa T, Sakata Y, et al. Electrocardiographic patterns in Brugada syndrome: A systematic review. *J Cardiol*. (2023). doi: 10.1016/j.jcc.2023.06.014.