

Varón hipertenso con alteraciones en el ECG de control.

Male with arterial hypertension and alterations in electrocardiographic control.

Varón hipertenso con alteraciones no ECG de control.

Alberto Lema Fernández¹, Juan Carlos Fernández Fernández², Norberto Proupín Vázquez².

1 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE CONXO. UNIDADE DOCENTE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA

2 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD DE CONXO. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alberto Lema Fernández. e-mail: alberto.lema.fernandez@sergas.es

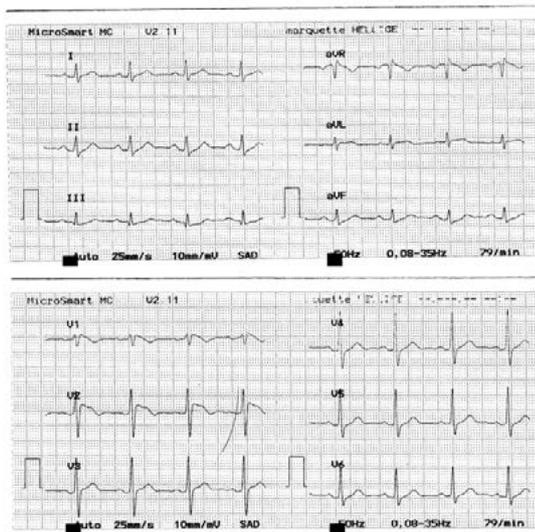
Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (2)
Páx. 22 - 23

Palabras clave: Hipertensión, ST elevado, Electrocardiograma.

Keywords: Hypertension, ST elevation, Electrocardiogram.

INTRODUCCIÓN

Varón de 59 años que acude al centro de salud para realizar una revisión programada de factores de riesgo cardiovascular, negando sintomatología alguna. Tiene como antecedentes personales diagnóstico de hipertensión arterial esencial a tratamiento con Candesartán 16 mg y de hipercolesterolemia para la cual toma Atorvastatina 10 mg. Refiere que un hermano suyo de 62 años padece de cardiopatía isquémica y que su padre y otros dos tíos han fallecido de IAM sobre los 70 años. La exploración física impresiona de normalidad y la auscultación cardiopulmonar es rítmica sin soplos. La tensión arterial en consulta es de 136/89 mmHg con una frecuencia de 73 lpm y el electrocardiograma muestra un ritmo sinusal a 75 lpm con un patrón de Brugada tipo I en las derivaciones V1 y V2, pues se aprecia una elevación del punto J superior a 2 mm seguido de una onda T negativa. QRS 104 ms, QT/QTc 382/446 ms, PQ 186 ms, P/QRS/T de 56/47/41 grados respectivamente (Fig 1.).



DIAGNÓSTICO

Ante dichos hallazgos electrocardiográficos y la ausencia de estudios previos, se deriva a Urgencias hospitalarias para realizar estudio de un posible patrón de Brugada tipo I. Allí realizan una ecografía transtorácica en la que se descarta cardiopatía estructural y se programa para llevar a cabo un estudio electrofisiológico, cuyo resultado, junto a otros parámetros, descarta que se trate de un Brugada de alto riesgo y que por tanto sea indicación de DAI. Le comentan las siguientes recomendaciones: Tratamiento inmediato de la fiebre, evitar el consumo de alcohol y las comidas copiosas e indicación de evitar determinados fármacos.

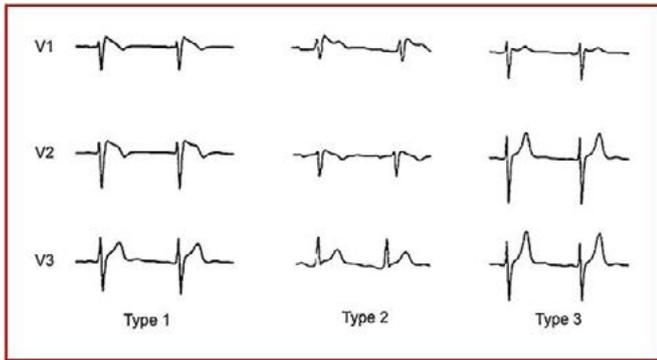
CONCLUSIÓN

El Síndrome de Brugada es una enfermedad hereditaria que predispone a un mayor riesgo de muerte súbita, sin anomalías cardíacas estructurales. Este se incluye en las canalopatías, enfermedades producidas por alteraciones de los canales iónicos transmembrana que participan en el potencial de acción celular, cuya consecuencia es una mayor predisposición a la aparición de arritmias.

La prevalencia del síndrome de Brugada ronda los 5 casos por 10.000 habitantes, aunque puede que se subestime su prevalencia real, puesto que muchos presentan formas silentes⁽¹⁾. Generalmente se encuentra en pacientes de mediana edad, mayoritariamente varones (8:1), y tiene patrón de herencia autosómico dominante⁽²⁾. Sin embargo, no siempre se demuestra afectación familiar⁽¹⁾.

La identificación de estos pacientes es determinante, pues aproximadamente un tercio de ellos presenta inicialmente muerte súbita como consecuencia de una fibrilación ventricular o taquicardia ventricular polimorfa^(2, 3). Los restantes se diagnostican de forma casual, hallándose en un ECG el patrón de Brugada.

El diagnóstico se realiza con el hallazgo de dicho patrón, que tiene 3 variaciones (Fig. 2)⁽²⁾:



- Tipo I: Elevación curva del ST mayor a 2 mm (0,2 mV) seguido de una T negativa.
- Tipo II: Patrón en silla de montar, con una elevación del ST de 2mm con una T positiva o bifásica.
- Tipo III: Curvo o en silla de montar con menos de 2 mm de elevación del ST.

Deben considerarse otras causas de elevación del segmento ST como la cardiopatía isquémica, el patrón de repolarización precoz, la pericarditis aguda, la hiperpotasemia o el aneurisma ventricular, entre otras⁽⁴⁾.

Puesto que hay una gran variedad fenotípica, desde la ausencia de síntomas a la muerte súbita, es imprescindible estratificar el riesgo con escalas basadas en parámetros clínicos tales como la edad, sexo, síntomas o hallazgos electrocardiográficos y electrofisiológicos. El único tratamiento con eficacia clínica demostrada es el DAI, cuyas indicaciones dependen de dichas variables⁽¹⁾.

En personas afectas de Síndrome de Brugada se ha de evitar el consumo de alcohol y cocaína y de ciertos fármacos tales como los bloqueadores de canales de sodio, los betabloqueantes, los antidepresivos tricíclicos, litio y anestésicos locales, ya que podrían desencadenar arritmias malignas⁽³⁾. (<http://www.brugadadrugs.org/>). El test genético, generalmente del gen SCN5A, podría realizarse ante un paciente con sospecha de Brugada. Sin embargo, sólo estaría indicado en sus familiares si se demuestra la mutación de este en el caso índice⁽⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Begoña Benito, Josep Brugada, Ramón Brugada, Pedro Brugada. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315 - Vol. 62 Núm.11 DOI: 10.101.
2. Gourraud JB, Barc J, Thollet A, Le Marec H, Probst V. Brugada syndrome: Diagnosis, risk stratification and management. Arch Cardiovasc Dis. 2017 Mar;110(3):188-195. DOI: 10.1016.
3. (Uptodate. John V Wylie, Ann C Garlitski. Brugada syndrome: Clinical presentation, diagnosis, and evaluation [Sede Web]. Jun 01, 2018; Oct 2018. <http://www.uptodate.com/>
4. Caballero RA, Zapata FS. Elevación del segmento ST en otros escenarios clínicos diferentes al infarto agudo de miocardio. Urgencia, R. Int. Med. Emergencias. 2015; 1(3):42-48.
5. Pascual-Izco M, Valverde-Gómez M, Zamorano-Gómez JL. Protocolo diagnóstico de las canalopatías. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 12, Issue 39, September 2017; Pages 2335-2337. DOI: 10.1016.