



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/361 - SÍNDROME DE BRUGADA EN PACIENTE APARENTEMENTE SANO

J. López Moreno<sup>a</sup>, F. Leiva-Cepas<sup>b</sup>, J.M. Madeira Martins<sup>c</sup>, E.M. Romero Rodríguez<sup>d</sup>, J. Cuevas Cruces<sup>e</sup> y T. Lechuga Varona<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. <sup>e</sup>Centro de Salud Avenida Aeropuerto. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 31 años que acude a Consulta de Atención Primaria por presentar episodio sincopal. Como AF destacan un tío paterno fallecido por muerte súbita a los 35 años. No AP de interés. Tratamiento habitual: no refiere. El paciente nos comenta que presentó un episodio de pérdida de conocimiento sin saber con exactitud la duración del mismo en su domicilio. No refería disnea, dolor torácico ni palpitaciones. No datos de comicialidad ni otra sintomatología acompañante. Refería episodios similares previos aunque autolimitados. Había sido estudiado previamente con ecocardiografía y prueba de esfuerzo negativas.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física no se apreciaba ingurgitación yugular ni soplos carotídeos. En la auscultación cardiorrespiratoria los tonos eran rítmicos sin soplos y el murmullo vesicular estaba conservado sin ruidos sobreañadidos. Fue derivado a Urgencias donde se le realizaron las siguientes exploraciones complementarias: EKG: ritmo sinusal a 60 lpm. Elevación del ST en V1-V3 con T negativa en V1-V2. Analítica: normal incluyendo troponinas. Rx tórax: sin hallazgos. Ecoscopia: VI no dilatado no hipertrófico, con buena función sistólica global y segmentaria. Cavidades derechas normales. No valvulopatías groseras. No derrame pericárdico. Se realizó interconsulta con Cardiología y se decidió ingreso en Planta. Una vez allí, tras valorar los antecedentes familiares y personales del paciente, se decide colocación de DAI tras hablar con Cirugía Cardiovascular y revisión en CCEE de Cardiología.

**Juicio clínico:** Síncope. AF de muerte súbita. Síndrome de Brugada.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial se realizaría con el bloqueo de rama derecha atípico, infarto del ventrículo derecho, tromboembolismo pulmonar, aneurisma disecante de aorta, displasia arritmogénica de ventrículo derecho.

**Comentario final:** Es fundamental realizar una buena anamnesis en pacientes con factores de riesgo para dicha patología, con el objetivo de evitar la aparición de muerte súbita.

### Bibliografía

1. Kusano KF, Taniyama M, Nakamura K, Miura D, Banba K, Nagase S, et al. Atrial fibrillation in patients with Brugada syndrome relationships of gene mutation, electrophysiology, and clinical backgrounds. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:1169-75.
2. Meregalli PG, Tan HL, Probst V, Koopmann TT, Tanck MW, Bhuiyan ZA, et al. Type of SCN5A mutation determines clinical severity and degree of conduction slowing in loss-of-function sodium channelopathies. *Heart Rhythm.* 2009;6:341-8.

**Palabras clave:** *Síncope. Brugada. Muerte súbita. Ecocardiografía. Cardiología.*