



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 283/75 - A PROPÓSITO DE UN MAREO

M. Martos Borrego<sup>a</sup>, J. García Sáez<sup>a</sup>, R. Román Martínez<sup>a</sup>, M. Sánchez Sánchez<sup>b</sup>, A. Martínez Sánchez<sup>c</sup> y E. Sánchez Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años acuda a la consulta porque desde hace tiempo nota que, tras comer y reposar recostado en el sofá, cuando se levanta se mareo un poco. Además, últimamente tras correr 5 km diarios, tiene sensación disneica. Como antecedentes personales: No AMC. RGE en tratamiento con IBP. Antecedentes familiares: No antecedentes de cardiopatía isquémica ni muerte súbita. Se realizó un ECG en la consulta y ante los hallazgos casuales, se derivó de forma preferente al servicio de cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Excelente estado general. Consciente y orientado. Eupneico, SatO<sub>2</sub> 99%. TA 179/88, FC 73 lpm. AC: Rítmico, sin soplos. AP: MV normal sin estertores. ECG: RS a 60, PR 120 msg, elevación del ST cóncavo en V2-V3 (elevación de > 2 mm) con rsr en V1-V2. Ecocardiograma: VI con hipertrofia concéntrica, tendente a asimétrica, de predominio a nivel septal medio y apical, anterior medioapical y anteroseptal medioapical, sin asinergias, compactación normal. FE conservada. **CONCLUSIÓN:** hipertrofia patológica de VI. Cardioresonancia magnética: pendiente. Test de flecainida: pendiente.

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

**Diagnóstico diferencial:** Pericarditis. BCRDHH, HVI, IAM de ventrículo derecho, TEP, aneurisma disecante de aorta, compresión mecánica del tracto de salida del VD.

**Comentario final:** Para hacer el diagnóstico de síndrome de Brugada es necesario la presencia del patrón tipo I (elevación del ST > 2 mm en V1-V3 seguida de ondas T negativas) o de los patrones tipo 2 y 3 tras la administración de un bloqueante de canal de Na<sup>+</sup> en combinación con al menos uno de los siguientes criterios: FV o TV polimorfa documentada, síncope, respiración agónica nocturna, antecedentes familiares de muerte súbita o patrón tipo I, inducción de arritmias ventriculares durante el estudio electrofisiológico.

## Bibliografía

1. Retana-Puigmartí M, De Frutos-Echaniz E, Castro-Acuña-Baixauli I, Val-Jiménez A. Diagnosticar un síndrome de Brugada: el papel de la atención primaria. Semergen.

2011;37:569-72.

2. Begoña B, Josep B, Ramón B, Pedro B. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315.