

Síndrome de Brugada: Las mujeres también tienen riesgo

Brugada syndrome: Women are also at risk

Dr. C. Jesús A. Castro Hevia , Dra. Margarita Dorantes Sánchez  y Dr. Osmín Castañeda Chirino 

Servicio de Arritmias y Estimulación Eléctrica Cardíaca, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

Recibido: 3 de junio de 2022

Aceptado: 23 de junio de 2022

Online: 30 de junio de 2022

Full English text is also available

Palabras clave: Síndrome de Brugada, Sexo femenino, Taquicardia ventricular, Fibrilación ventricular

Key words: Brugada syndrome, Female sex, Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation

Sr. Editor:

El síndrome de Brugada es causa de muerte súbita debido a taquicardia ventricular (TV) polimórfica o fibrilación ventricular (FV), o ambas; es más frecuente en el sexo masculino, pero la mujer no está exenta de riesgo¹.

En la base de datos del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, centro de referencia nacional en Cuba, de un total de 70 pacientes con síndrome de Brugada y desfibriladores automáticos implantados, 14 son mujeres. En este artículo se presentan dos de ellas, en las que se han encontrado episodios de TV polimórfica o FV.

Paciente 1: Mujer de 55 años de edad, con antecedentes de aparente salud y sin antecedentes familiares de muerte súbita, que en un período de 11 años presentó 8 eventos sincopales, todos en vigilia, algunos precedidos de palpitaciones, otros de epigastalgia, debilidad, sudoraciones y malestar general; uno de ellos súbito, con relajación de esfínteres. Posteriormente, en ocasión de un chequeo médico, se detectó un patrón de Brugada tipo 1 en el electrocardiograma (ECG), por lo que fue enviada al servi-

cio de cardiología en mayo de 2008.

El ecocardiograma fue normal, en el estudio electrofisiológico se constató un HV normal y con el protocolo de estimulación eléctrica programada, sugerido en la primera reunión de expertos, no se indujeron arritmias¹; no obstante, por la historia clínica reflejada se implantó un desfibrilador automático. En el seguimiento clínico, todos los ECG realizados mostraron el patrón tipo 1, y en junio del año 2011, en horas de la madrugada, presentó un episodio de FV tratado con eficacia por el desfibrilador automático (**Figura 1**). La paciente refirió que se despertó con palpitaciones, mareos y posteriormente relajación de esfínteres. En los días sucesivos tuvo 2 eventos similares que iniciaban con epigastalgia sensación de palpitaciones, pérdida transitoria del conocimiento, sin relajación de esfínteres, ni registrarse arritmias en el dispositivo; lo que demuestra que, probablemente, fueron crisis vasovagales desencadenadas por trastornos digestivos, por lo que se envió a gastroenterología. Se diagnosticó gastritis crónica y fue tratada con omeprazol, con lo que se logró la mejoría clínica.

Paciente 2: Mujer de 59 años de edad, sin antecedentes familiares de muerte súbita, hipertensa controlada con dieta y diurético, que acudió a Urgencias por presentar dolores precordiales atípicos de causa cardíaca y se apreció el patrón electrocardiográfico tipo 1. Se le realizaron prueba de esfuerzo y ecocardiograma, que resultaron normales, y estudio electrofisiológico donde se encontró un HV normal y se indujo FV con la estimulación eléctrica programada, con longitud de ciclo básico de 600 ms

✉ JA Castro Hevia

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
Calle 17 N° 702, Vedado, Plaza, CP 10400. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: jcastroh@infomed.sld.cu

Contenido relacionado:

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/938>

y 2 extraestímulos (260-240); por lo que se implantó un desfibrilador automático (septiembre del 2001).

En el seguimiento clínico, todos los ECG realizados mostraron el patrón tipo 1. En junio de 2017 ingresó por varios episodios de TV polimórfica, revertidos por el dispositivo (**Figura 2**); se indicó sulfato de quinidina (600 mg/día) y se mantuvo asintomática hasta diciembre del 2021, cuando disminuyó la dosis del fármaco, a 400 mg/día, y presentó nuevos episodios de TV polimórfica, que fueron eficazmente tratados por el dispositivo. Se indicó la dosis inicial del fármaco y se ha mantenido asintomática.

Los pacientes con síndrome de Brugada, ECG tipo 1 espontáneo y eventos sincopales sugestivos de causa arrítmica, como el primer caso presentado, tienen indicación clase I de implante de un desfibrilador automático². La segunda paciente, asintomática y con el patrón electrocardiográfico tipo 1 espontáneo, con TV inducible durante la estimulación eléctrica programada, se sitúa en un riesgo intermedio³.

El valor de la estimulación eléctrica programada en pacientes asintomáticos con el patrón tipo 1 espontáneo ha sido objetivo de múltiples estudios⁴⁻⁶. La inducción de TV polimórfica o FV se ha asociado con un incremento del riesgo de arritmias ventriculares malignas⁷, razón por la que algunos expertos consideran que la estimulación eléctrica programada ayuda a tomar una decisión sobre el implante del dispositivo en los asintomáticos, si bien está sujeto a controversias^{1,2}.

Se han publicado diversos factores de riesgo para presentar arritmias ventriculares malignas en el sexo femenino: PR prolongado, antecedentes de fibrilación auricular y mutación en el gen SCN5A⁸⁻¹⁰. La primera paciente tuvo el PR en 220 ms y ambas tuvieron en común la persistencia del patrón tipo 1 en todos los ECG realizados en el seguimiento (19 en total), lo que representa un marcador de riesgo en pacientes con síndrome de Brugada y desfibriladores implantados¹¹. Llama la atención el largo período

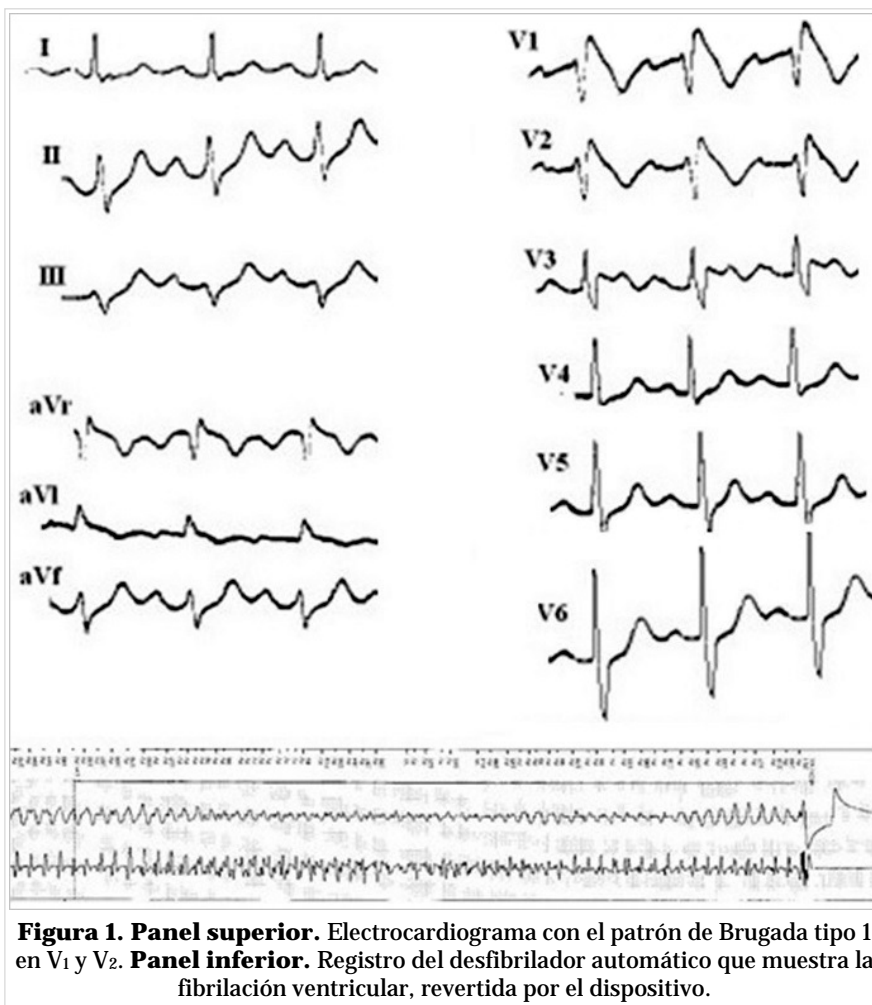
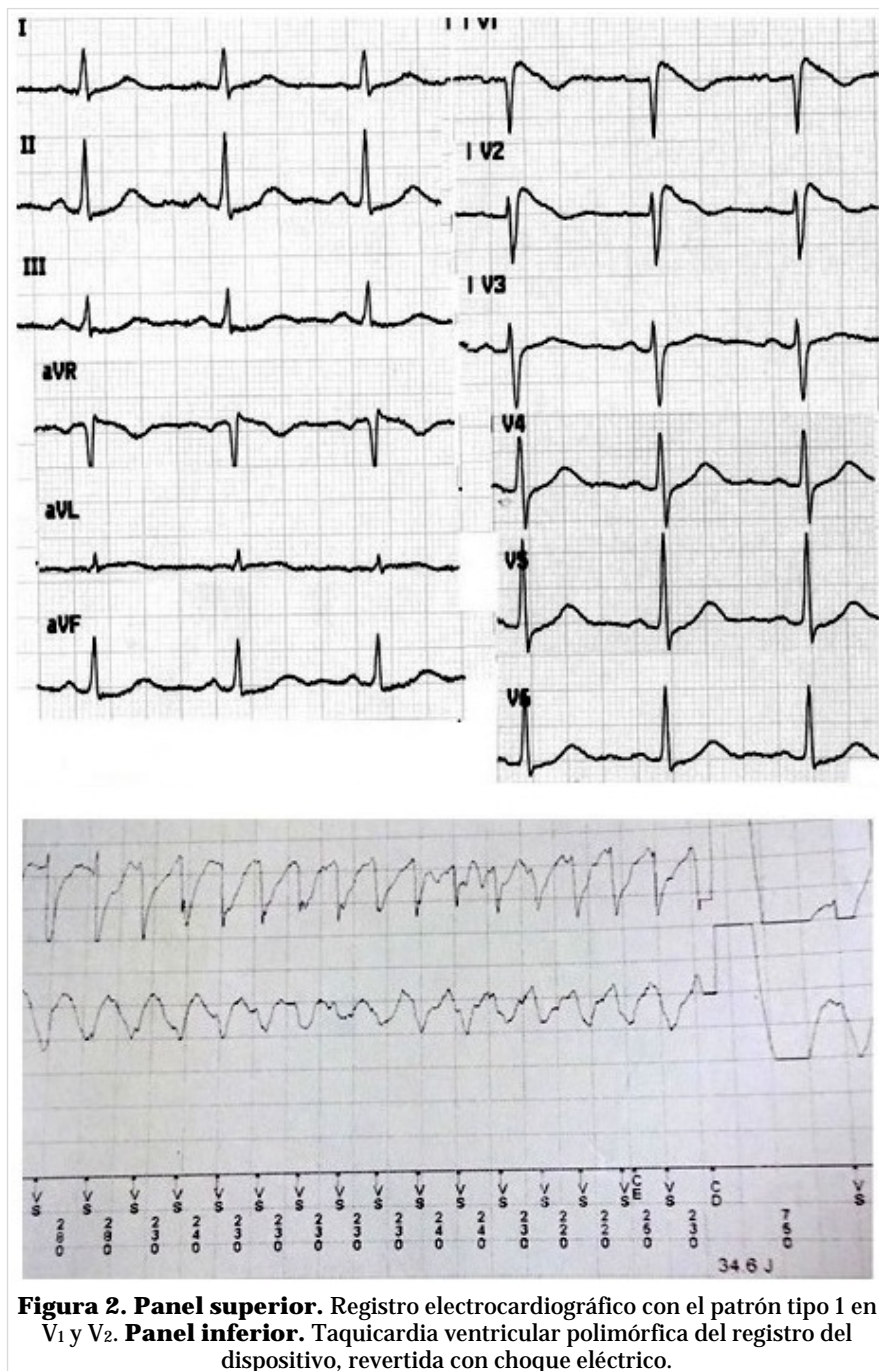


Figura 1. Panel superior. Electrocardiograma con el patrón de Brugada tipo 1 en V₁ y V₂. **Panel inferior.** Registro del desfibrilador automático que muestra la fibrilación ventricular, revertida por el dispositivo.

de seguimiento de la segunda paciente —que no tenía síntomas atribuibles a arritmias ventriculares—, para presentar el primer episodio de TV polimórfica (16 años después del diagnóstico, con 71 años de edad). El inicio de los síntomas de esta enfermedad es, típicamente, en edades medias de la vida y son infrecuentes los episodios de arritmias ventriculares malignas en edades avanzadas, pero pueden ocurrir. En nuestra base de datos, por ejemplo, dos pacientes masculinos, de 73 y 83 años de edad, debutaron con paro cardíaco; y otro, de 78 años, con un evento sincopal.

Los dos casos que se presentan demuestran que las mujeres con síndrome de Brugada no están exentas de riesgo de presentar TV polimórfica y FV. Se necesitará evaluar, en un mayor grupo de pacientes, si el patrón tipo 1 espontáneo en sucesivos registros electrocardiográficos es un factor de riesgo para presentar arritmias ventriculares malignas.



CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilde AA, Antzelevitch C, Borggrefe M, Brugada J, Brugada R, Brugada P, *et al.* Proposed diagnostic

criteria for the Brugada syndrome. *Eur Heart J.* 2002;23(21): 1648-54. [DOI]

2. Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, Bryant WJ, Callans DJ, Curtis AB, Deal BJ, Dickfeld T, Field ME, Fonarow GC, Gillis AM, Granger CB, Hammill SC, Hlatky MA, Joglar JA, Kay GN, Matlock DD, Myerburg RJ, Page RL. 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(14):e91-e220. [DOI]
3. Sieira J, Conte G, Ciconte G, Chierchia GB, Casado-Arroyo R, Baltogiannis G, *et al.* A score model to predict risk of events in patients with Brugada Syndrome. *Eur Heart J.* 2017;38(22): 1756-63. [DOI]
4. Casado-Arroyo R, Berne P, Rao JY, Rodriguez-Mañero M, Levinstein M, Conte G, *et al.* Long-Term Trends in Newly Diagnosed Brugada Syndrome: Implications for Risk Stratification. *J Am Coll Cardiol.* 2016;68(6): 614-23. [DOI]
5. Priori SG, Gasparini M, Napolitano C, Della Bella P, Ottonelli AG, Sassone B, *et al.* Risk stratification in Brugada syndrome: results of the PRELUDE (PROgrammed ELEctrical stimulation preDICTive valuE) registry. *J Am Coll Cardiol.* 2012;59(1):37-45. [DOI]
6. Probst V, Veltmann C, Eckardt L, Meregalli PG, Gaita F, Tan HL, *et al.* Long-term prognosis of patients diagnosed with Brugada syndrome: Results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. *Circulation.* 2010;121(5):635-43. [DOI]
7. Delise P, Allocca G, Marras E, Giustetto C, Gaita F, Sciarra L, *et al.* Risk stratification in individuals

- with the Brugada type 1 ECG pattern without previous cardiac arrest: usefulness of a combined clinical and electrophysiologic approach. *Eur Heart J.* 2011;32(2):169-76. [DOI]
8. Sieira J, Conte G, Ciconte G, de Asmundis C, Chierchia GB, Baltogiannis G, *et al.* Clinical characterisation and long-term prognosis of women with Brugada syndrome. *Heart.* 2016;102(6):452-8. [DOI]
 9. Benito B, Sarkozy A, Mont L, Henkens S, Berrueto A, Tamborero D, *et al.* Gender differences in clinical manifestations of Brugada syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(19):1567-73. [DOI]
 10. Rodríguez-Mañero M, Jordá P, Hernandez J, Muñoz C, Grima EZ, García-Fernández A, *et al.* Long-term prognosis of women with Brugada syndrome and electrophysiological study. *Heart Rhythm.* 2021;18(5):664-71. [DOI]
 11. Castro Hevia J, Dorantes Sanchez M, Martinez Lopez F, Castañeda Chirino O, Falcon Rodriguez R, Puga Bravo M, de Zayas Galguera J, Antzelevitch C. Multiple serial ECGs aid with the diagnosis and prognosis of Brugada syndrome. *Int J Cardiol.* 2019;277:130-5. [DOI]
-