

NOTAS CLÍNICAS

Patrón tipo Brugada secundario a intoxicación con antidepresivos tricíclicos. Una presentación poco habitual

[Brugada-like pattern secondary to tricyclic antidepressant intoxication. An unusual presentation]

JUAN PEDRO MARTÍNEZ,* ALBERTO OREJAS, FERNANDO FONG, ELENA MORENO, TRINIDAD PUENTE, RICARDO DIAZ
Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

* Correspondencia: jp.magaro@gmail.com

Recibido: 4 marzo 2023. Revisión: 20 abril 2023. Aceptado: 10 mayo 2023

Resumen

El síndrome de Brugada es una canalopatía que confiere a su portador un mayor riesgo de arritmias ventriculares y muerte súbita. El tratamiento habitual consiste en el implante de un desfibrilador automático si el paciente ha sufrido un evento arrítmico o tiene antecedentes familiares de muerte súbita. En algunas situaciones, es posible apreciar un patrón de Brugada en el electrocardiograma sin que el paciente padezca esta afección. Una de estas situaciones es la intoxicación con antidepresivos o neurolépticos. De este modo, es posible observar electrocardiogramas sugestivos de Brugada sin que el riesgo de arritmias sea más alto. Conocer este fenómeno resulta de gran importancia, pues evita que los médicos adopten actitudes terapéuticas innecesarias y supone un mayor riesgo para los pacientes.

Palabras clave: Brugada; amitriptilina; antidepresivos tricíclicos.

Abstract

Brugada syndrome is a channelopathy that causes an increased risk of ventricular arrhythmias and sudden death. The usual treatment is the implantation of an automatic defibrillator if the patient has suffered an arrhythmic event or has a family history of sudden death. In some situations, it is possible to detect a Brugada pattern on the electrocardiogram, but the patient does not suffer this condition. One of these situations is poisoning with antidepressants or neuroleptics. In this way, it is possible to observe electrocardiograms suggestive of Brugada syndrome even though the risk of arrhythmias is not increased. Knowing this phenomenon is of great importance since it prevents physicians from adopting unnecessary therapeutic measures and poses a greater risk to patients.

Keywords: Brugada; amitriptyline; tricyclic antidepressants.

Introducción

El síndrome de Brugada es una canalopatía genética que afecta a los canales transportadores de sodio de los cardiomiocitos. Los pacientes con este síndrome tienen un riesgo más alto de sufrir arritmias ventriculares malignas y de muerte súbita. Se diagnostica mediante un electrocardiograma. Se distinguen tres posibles patrones característicos que sugieren el diagnóstico. Además, se deben tener

en cuenta los antecedentes familiares de arritmias ventriculares o de muerte súbita. El patrón I se caracteriza por una elevación del segmento ST >2 mm con morfología en “aleta de tiburón” en precordiales derechas con inversión de las ondas T. El patrón II muestra una elevación del segmento ST >2 mm con ondas T isodifásicas que le confieren un aspecto en “silla de montar”. El patrón III definido como cualquiera de los anteriores con elevación >1 mm y <2 mm.

Los antidepresivos tricíclicos y algunos agentes neurolépticos son sustancias capaces de alterar el trazado normal del electrocardiograma cuando son consumidos en dosis supraterapéuticas por pacientes sin cardiopatía estructural previa. Si bien la alteración que se describe con más frecuencia es el alargamiento del intervalo QT, existen otras fenocopias menos comunes. Una de estas alteraciones electrocardiográficas simula el trazado de un síndrome de Brugada sin aumentar el riesgo de arritmias ventriculares y de muerte súbita.

Presentación del caso

Hombre de 54 años, portador de los virus de la hepatitis B y C, sin actividad viral. Exconsumidor de cocaína y heroína. Recibe tratamiento con clorazepato dipotásico, trazodona, alprazolam y amitriptilina por un síndrome ansioso-depresivo. Ha tenido varios intentos autolíticos previos por sobreingestión medicamentosa; en una ocasión, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia renal aguda y coma.

Llegó a nuestro Servicio de Urgencias traído por el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid, con una escala de coma de Glasgow de 3 y desaturación hasta el 70%. Lo habían encontrado en su domicilio junto a múltiples blísteres vacíos de los fármacos antes mencionados, así como con una botella de destilado de alta graduación. Durante el traslado en la ambulancia, se le había administrado flumazenilo y naloxona sin respuesta. Al ingresar, la presión arterial era de 70/30

mmHg y se detectó una taquicardia sinusal a 130 lpm con QRS ancho abigarrado y patrón I tipo Brugada no descrito previamente. (Figura 1) Se procedió a la estabilización hemodinámica con cristaloides y dosis bajas de noradrenalina. Se procedió a la intubación emergente para proteger la vía aérea. En los análisis de laboratorio, se destacaban una acidosis metabólica hiperlactacémica e insuficiencia renal aguda prerenal que corrigieron con el aporte de volumen y 150 ml de bicarbonato 1M. Posteriormente, se observó un cambio significativo en el electrocardiograma al estrecharse el QRS y desaparecer el fenotipo tipo Brugada. A las 48 h, el paciente fue extubado sin incidencias y fue dado de alta a Medicina Interna, sin cardiopatía estructural nueva ni alteraciones del trazado electrocardiográfico (Figura 2).

Conclusiones

La intoxicación con psicofármacos es un cuadro frecuente que se atiende en el Departamento de Urgencia. En los Servicios de Medicina Intensiva, las manifestaciones típicas suelen ser coma, insuficiencia renal, acidosis metabólica y neumonía broncoaspirativa. Los antidepresivos tricíclicos son conocidos por alargar el intervalo QT y aumentar el riesgo de sufrir arritmias como la torsión de puntas (*torsade de pointes*). Dada la interferencia de estos medicamentos con distintos transportadores iónicos del cardiomiocito, son posibles varias alteraciones electrocardiográficas, como el tipo Brugada. Afortunadamente, en estos casos, no existe un riesgo más alto de arritmias ven-

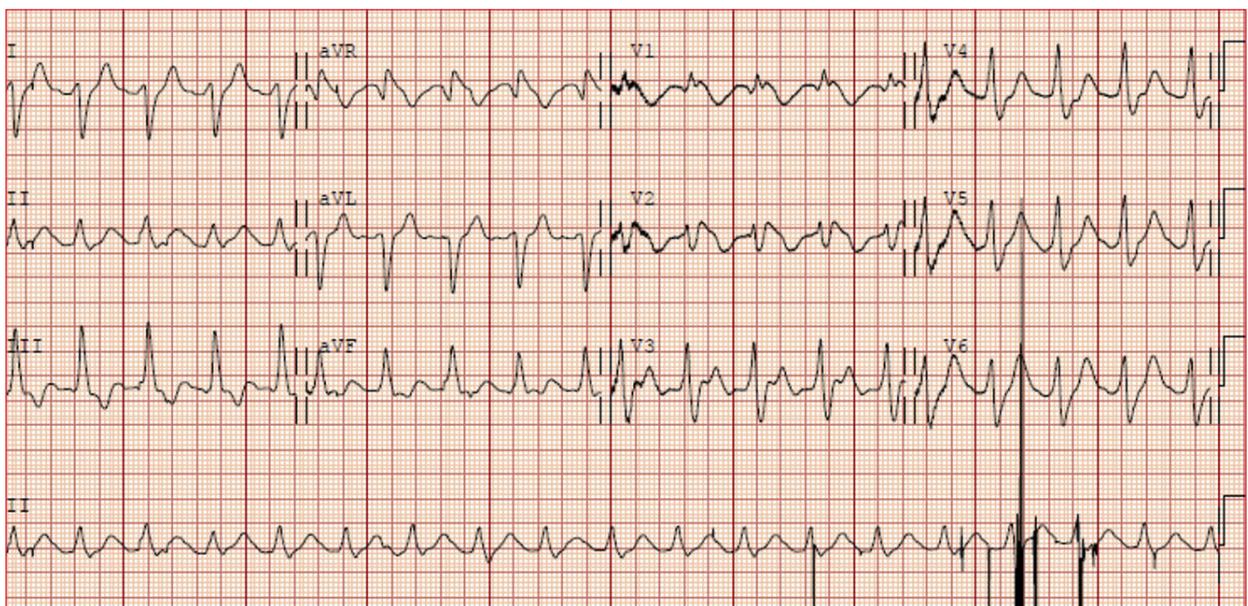


Figura 1. EKG con fenocopia Brugada-like tipo I en el momento del ingreso en UCI.

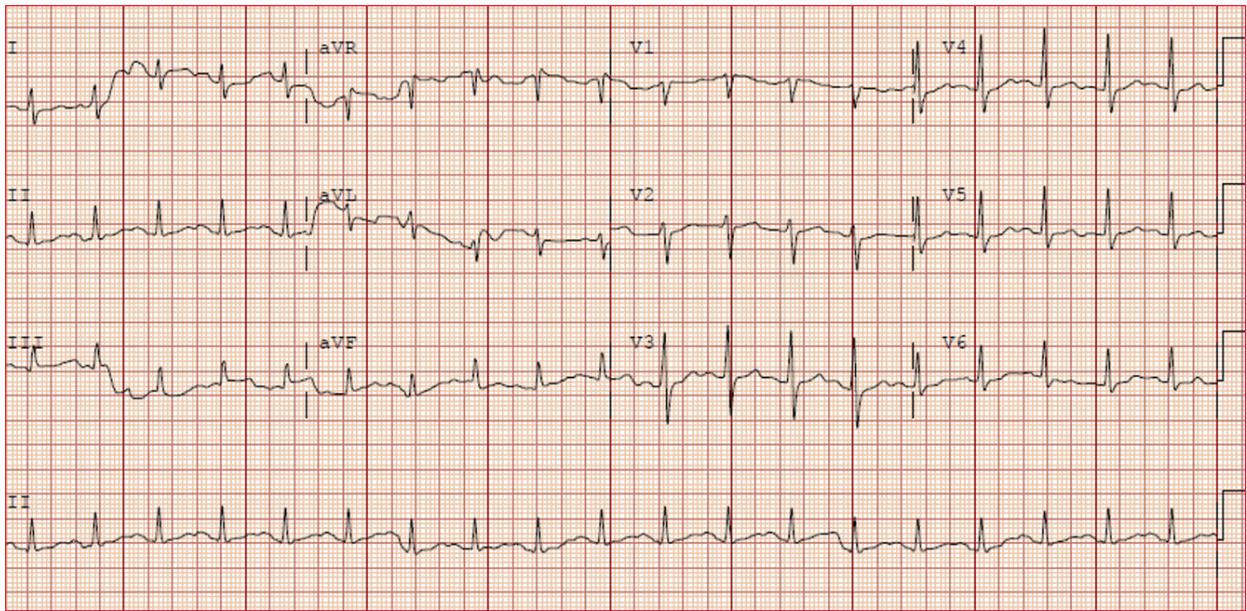


Figura 2. EKG sin alteraciones tras 48 horas de ingreso en UCI y una vez recuperada la función renal y la acidosis metabólica.

triculares malignas ni de muerte súbita. Por lo tanto, la aparición de este trazado no justifica más estudios electrofisiológicos ni pruebas de provocación.

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Bibliografía consultada

- Bayés de Luna A, Brugada J, Baranchuk A, et al. Current electrocardiographic criteria for diagnosis of Brugada pattern: A consensus report. *J Electrocardiol* 2012; 45: 433-442. <https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2012.06.004>
- Anselm DD, Baranchuk A. Brugada phenocopy: Redefinition and updated classification. *Am J Cardiol* 2013; 111: 453. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.09.005>

- Rodrigues R, Amador O, Rassi L. Brugada pattern in a patient medicated with lamotrigine. *Rev Port Cardiol* 2013; 32: 807-810. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.009>
- Fernández-Anguita MJ, Martínez-Mateo V, Cejudo Díaz del Campo L, Galindo-Andugar MÁ. Patrón de Brugada en paciente tratada con amitriptilina. *Neurología (Barcelona, Spain)* 2017; 35(2). <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.11.003>

Cómo citar este artículo: Martínez JP, Orejas A, Fong F, et al. Patrón tipo Brugada secundario a intoxicación con antidepresivos tricíclicos. Una presentación poco habitual. *RATI*. 2023;40:e868.10052023.

