

Síndrome de Brugada: um relato de caso.

Autor relator: Gleyciane Landim da Silva

Co-autores: Vanessa Grings, Thales Daniel Acker, Karina de Andrade.

Hospital São Lucas da PUCRS

1. Introdução: A Síndrome de Brugada (BrS) é uma doença cardíaca genética de caráter autossômico dominante, associada à mutação de um gene que codifica canais de sódio aumentando o risco de morte súbita devido a arritmias ventriculares como: taquicardia ventricular polimórfica e fibrilação ventricular. O padrão eletrocardiográfico característico é de supradesnivelamento do segmento ST em “corcova de golfinho” nas derivações precordiais direitas (V1 a V3), porém este é um achado intermitente. São variáveis de risco: síncope, padrão eletrocardiográfico tipo 1 espontâneo e indutibilidade de arritmias ventriculares durante estudo eletrofisiológico (EEF). **2. Objetivos:** Relatar um caso de BrS em um paciente acompanhado na Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular (UTICV) do Hospital São Lucas da PUC-RS. **3. Método:** Estudo de relato de caso. **4. Resultados:** LSH, 34 anos, sexo feminino, portadora de cardiodesfibrilador implantável (CDI) por BrS, internada em UTICV em 03/03/23 com relato palpitações seguidas de choque apropriado do (CDI) em 25/02/23, por taquicardia ventricular (TV) com frequência cardíaca (FC) > 220, com tentativa de burst sem sucesso, confirmada na avaliação do dispositivo. História médica pregressa: Relato de dois episódios de síncope após libação alcoólica, na adolescência, teste ergométrico com indução espontânea de TV sustentada; e estudo eletrofisiológico (EEF) em 26/11/2022 com indução de TV polimórfica, optando-se então por implante de CDI VVI; por provável BrS. História atual: Na internação, tinha eletrocardiograma (ECG) com ritmo sinusal, bloqueio atrioventricular de primeiro grau, e alterações da repolarização em V1 e V2 que sugeriam padrão de Brugada tipo I. Foi submetida a EEF em 06/06/23 onde não houve indução de TV sustentada durante o exame, nem evidência de área de fibrose em mapeamento ventricular direito, porém após manobras, houve indução de flutter atrial sendo realizado ablação com sucesso. Durante a internação manteve dor residual por choque de CDI, de leve intensidade, sem palpitações, dispneia, e ausência de novos disparos do CDI. Recebeu alta com prescrição de betabloqueador – Succinato de Metoprolol 50mg/ dia e Apixabana 5mg por 30 dias, e orientação de seguimento ambulatorial. **5. Conclusão:** Este caso ilustra uma síndrome genética rara com risco de morte súbita em que um melhor reconhecimento desta pelos médicos em geral, levaria a detecção de casos mais leves e tratamento adequado prevendo desfechos desfavoráveis. **Descritores:** Arritmias, Brugada.