

Consideramos que debería utilizarse el término FB para hacer referencia a los casos que cumplan con estos criterios.

El paciente aquí presentado *no se trata de una fenocopia*, sino de un SB verdadero desenmascarado por flecainida (debido al uso crónico de la droga) y posiblemente agravado por fiebre, ya que los canales del sodio son termosensibles. (5) El control de la temperatura en estos pacientes es de suma importancia, como también la interrupción del tratamiento con flecainida. Es necesario además realizar un *screening* electrocardiográfico y genético del grupo familiar para identificar a portadores del síndrome.

A diferencia del verdadero síndrome, el riesgo arritmico y evolución natural de las fenocopias no están definidos. Con este objetivo se está desarrollando una base de datos que podrá cargarse *online* en la dirección [www.brugadaphenocopy.com](http://www.brugadaphenocopy.com), en la que se incorporarán los casos que cumplan con los criterios de FB con el fin de determinar el pronóstico de esta entidad a largo plazo.

**Dra. Natalia Rodríguez Genaro\***,  
**Dr. Daniel D. Anselm†** y **Dr. Adrián Baranchuk†**

\* Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. Buenos Aires, Argentina  
† Division of Cardiology, Kingston General Hospital, Queen's University, Canadá  
Dra. Natalia Rodríguez Genaro  
[nati.srgs@gmail.com](mailto:nati.srgs@gmail.com)

## BIBLIOGRAFÍA

1. González R, Zarauza J, Rodríguez Lera J, Pérez Patrón J. Brugada desenmascarado por fiebre... y algo más. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:447-8. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.2768>
2. Bayés de Luna A, Brugada J, Baranchuk A, Borggreffe M, Breithardt G, Goldwasser D, et al. Current electrocardiographic criteria for diagnosis of Brugada pattern: a consensus report. *J Electrocardiol* 2012;45:433-42.
3. Baranchuk A, Nguyen T, Ryu MH, Femenía F, Zareba W, Wilde AA. Brugada phenocopy: new terminology and proposed classification. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2012;17:299-314.
4. Anselm DD, Baranchuk A. Brugada phenocopy: redefinition and updated classification. *Am J Cardiol* 2013;111:453.
5. Dumaine R, Towbin JA, Brugada P, Vatta M, Nesterenko DV, Nesterenko VV, et al. Ionic mechanisms responsible for the electrocardiographic phenotype of the Brugada syndrome are temperature dependent. *Circ Res* 1999;85:803-9.

## Respuesta de los autores

En primer lugar quisiera felicitar a los Dres. Genaro, Anselm y Baranchuk por su interés, y por la excelente exposición que hacen sobre las fenocopias del síndrome de Brugada. Si fuera posible, reciban nuestro agradecimiento y felicitaciones.

Por otra parte, no podemos estar más de acuerdo con lo que exponen en su carta. De hecho, por razones de espacio, retiramos del primer borrador un párrafo sobre precisamente las fenocopias de este síndrome. Lo expuesto por la Dra. Genaro y

sus colegas es un excelente resumen de dicho tema, al cual no podemos añadir nada más, salvo nuestro completo acuerdo.

**Dr. Jesús Zarauza**  
Hospital Sierrallana  
Servicio de Urgencias y Cardiología  
Cantabria, España

*REV ARGENT CARDIOL* 2014;82:60-61. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i1.3812>

VEÁSE CONTENIDO RELACIONADO: *Rev Argent Cardiol* 22013;81:447-448. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.2768>

## Doble antiagregación

### Al Director

Hemos leído con interés el excelente artículo de opinión de los Dres. Maximiliano de Abreu y Carlos Tajer (1) publicado en el N° 5, Volumen 81, de la *Revista*. Creemos que análisis de este nivel prestigian la publicación y nos acercan al anhelado reconocimiento internacional.

Hay algunos puntos relacionados con el escrito que quisiéramos compartir:

**1. Papel de los comités de adjudicación de eventos:** estos comités se encargan de recalificar los eventos en estudios multicéntricos internacionales. Dada la importancia de los eventos en los resultados se trata de supervisar criterios de los muchos que pueden tener los diversos investigadores, a veces distribuidos por todo el mundo, con distintas formaciones médicas, experiencia, etc. Además, para el investigador de un sitio, informar un evento implica el reconocimiento de una falla en el tratamiento y una carga de trabajo adicional en formularios, explicaciones, etc., mientras que el comité es más objetivo. Uno de los autores de esta carta participó de un comité de este tipo (MT, estudio HOPE) y no dejó de llamarle la atención la rigurosidad y meticulosidad en el análisis de cada caso, que superaba holgadamente la dedicación de los investigadores de los centros. Ni qué pensar en alguna influencia del patrocinador, totalmente vedado a cualquier discusión, por otro lado ciega en cuanto a la droga en estudio. Nos cuesta aceptar que estas normas no se hayan respetado en los estudios que se comentan en el artículo.

**2. El riesgo de sangrado:** coincidimos totalmente que los nuevos antiagregantes no son para todos y que hay que estratificar el riesgo isquémico y hemorrágico antes de decidir la doble antiagregación y la terapéutica que ella requiera. El problema es que muchas veces ambos riesgos corren paralelos (p. ej., edad). Si se comparan los dos puntajes recomendados por la Sociedad Europea de Cardiología (GRACE para riesgo isquémico y CRUSADE para riesgo hemorrágico), se puede observar que hay parámetros que aumentan ambos riesgos (edad, frecuencia cardíaca, creatinina e insuficiencia cardíaca), solo el isquémico (desnivel

del ST, biomarcadores y paro cardíaco) o solo el hemorrágico (hipertensión, diabetes, anemia o enfermedad vascular). Si se le agregan las precauciones para el uso de determinado fármaco se puede seleccionar la mejor combinación individual para cada paciente.

**3. Nuestra experiencia:** siguiendo estos parámetros de selección presentamos en el último Congreso SAC 2013 datos de nuestros centros sobre uso del clopidogrel o nuevos antiagregantes en pacientes con síndromes coronarios agudos sometidos a angioplastia coronaria. Observamos una reducción de los eventos isquémicos, pero el predictor independiente más potente de sangrado fue el uso de nuevos antiagregantes (principalmente prasugrel), que curiosamente se mantiene estable en el tiempo, avalando la tendencia a acortar al mínimo el tiempo de doble antiagregación.

Volvemos a felicitar a los autores del artículo y agradecemos la oportunidad de publicar nuestra opinión.

**Dr. Marcelo Trivi<sup>MTSAC</sup>, Dr. Diego Conde y  
Dr. Leandro Rodríguez**  
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires y  
Sanatorio Anchorena

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. De Abreu M, Tajer CD. Doble antiagregación bajo la lupa: beneficio real y subgrupos de riesgo. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:427-34. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.2149>

#### **Respuesta de los autores**

Agradecemos el aporte de los Dres. Marcelo Trivi, Diego Conde y Leandro Rodríguez en el debate conceptual de la selección de tratamiento antiagregantes, y nos permitimos algunos comentarios breves.

La honestidad y rigurosidad de los comités de adjudicación de eventos en el estudio PLATO no está cuestionada; sin embargo, la posibilidad de que la discrepancia entre lo referido por los investigadores y lo evaluado por los comités de eventos sea de tal magnitud y tendencia no puede ser atribuido al azar. No tenemos una explicación para este hallazgo, que sigue siendo impactante y perturbador. Instituciones como el NICE, en la evaluación del prasugrel, han jerarquizado los “infartos clínicos” comunicados por los investigadores por encima de los infartos adjudicados como criterio de efectividad clínica, lo que resalta la complejidad de un tema no resuelto.

Con respecto a los sangrados, coincidimos en que algunas variables asociadas con incremento en el riesgo de eventos mayores en el seguimiento también se asocian con mayor riesgo de sangrado. Sin embargo, creemos que el problema real no es solo el incremento de eventos cardiovasculares o el incremento de sangrados asociados con variables demográficas. El gran problema es que la doble antiagregación en presencia de estas variables, en general, incrementa los sangrados en una proporción mayor que la que reduce los eventos cardiovasculares, reduciendo o invirtiendo el beneficio clínico neto.

Creemos que la experiencia referida de seguimiento es de gran valor y ayuda conceptualmente en la toma de decisiones, por lo que agradecemos el aporte a través de la carta.

**Dr. Maximiliano de Abreu<sup>MTSAC</sup> y  
Dr. Carlos D. Tajer<sup>MTSAC</sup>**

---

*REV ARGENT CARDIOL* 2014;82:61-62. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i1.3813>

**VEÁSE CONTENIDO RELACIONADO:** *Rev Argent Cardiol* 2013;81:427-434. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.2149>

---