

Más allá de los scores: los desafíos actuales de la estratificación del riesgo en el síndrome de Brugada

La estratificación del riesgo continúa siendo uno de los mayores desafíos en el manejo del síndrome de Brugada (SBr). Mientras que la indicación de un cardiodesfibrilador implantable (CDI) en pacientes con muerte súbita recuperada o fibrilación ventricular documentada resulta indiscutida, la toma de decisiones en pacientes asintomáticos, especialmente aquellos con patrón electrocardiográfico tipo 1 espontáneo, continúa siendo un área de incertidumbre. El bajo riesgo de eventos arrítmicos en esta población contrasta con las potenciales complicaciones derivadas del implante de un CDI, haciendo imprescindible contar con herramientas que permitan estimar con mayor precisión el riesgo individual.

En este contexto, Rattanawong y Shen presentan una revisión que analiza la evolución de los principales scores de riesgo desarrollados para el SBr y reflexiona sobre su papel actual y futuro en la práctica clínica. Más que una simple descripción de los modelos disponibles, el trabajo ofrece un recorrido histórico por la evolución de la estratificación del riesgo, desde la identificación de factores pronósticos aislados hasta el desarrollo de herramientas multiparamétricas que integran variables clínicas, electrocardiográficas y electrofisiológicas. Con este enfoque, los autores revisan en forma crítica los scores de Delise, Sieira, Shanghai, BRUGADA-RISK y Predicting Arrhythmic event (PAT), describiendo las variables que los componen, las poblaciones en las que fueron desarrollados y la evidencia que respalda su utilización.

Múltiples predictores aparecen repetidamente en los diferentes modelos, Entre ellos encontramos

- **Síncope arrítmico**

- **Inducibilidad en el EEF:** Es más controvertida; su valor predictivo varía según los sitios de estimulación, el número de extraestímulos y los desenlaces definidos. No obstante, un metaanálisis demostró su utilidad pronóstica, lo que contribuyó a su inclusión en las guías
- **ECG tipo 1 espontáneo**
- **Otros marcadores:**
 - *QRS fragmentado (fQRS):*
 - *Repolarización precoz (ER) inferolateral:*
 - *Intervalo PR prolongado*
 - *Pruebas genéticas (SCN5A)*
 - *Historia familiar de MSC*

A pesar de estas correlaciones, las guías internacionales vigentes solo reconocen el síncope y la inducibilidad en el EEF como predictores validados para tomar decisiones clínicas.

Uno de los principales aportes de la revisión es la comparación crítica del rendimiento de estos modelos. Los autores destacan que los scores más recientes, particularmente BRUGADA-RISK y PAT, han demostrado un mejor desempeño pronóstico en las cohortes analizadas. Sin embargo, esta superioridad no es significativa y por lo tanto no ha sido suficiente para establecer un modelo dominante. La baja incidencia de eventos, la heterogeneidad de las poblaciones incluidas, las diferencias en los protocolos del estudio electrofisiológico y la escasa validación externa limitan la reproducibilidad de los resultados y explican por qué ninguno de estos scores ha sido incorporado por las guías clínicas como herramienta única para indicar un CDI en prevención primaria.

Finalmente, los autores proponen un cambio de paradigma. En lugar de continuar desarrollando modelos cada vez más complejos basados exclusivamente en

variables clínicas, plantean que el futuro de la estratificación del riesgo probablemente resida en herramientas capaces de integrar información clínica, electrocardiográfica, electrofisiológica, genética y de imagen (como RMN Cardíaca) complementadas por inteligencia artificial y otras tecnologías emergentes. Desde esta perspectiva, los scores actuales deben considerarse instrumentos de apoyo al juicio clínico, más que herramientas capaces de reemplazar una evaluación individualizada del paciente.

A diferencia de otras enfermedades hereditarias como la miocardiopatía hipertrófica, en el síndrome de Brugada no existe un umbral de riesgo arrítmico validado por los Scores, a partir del cual pueda recomendarse el implante de un CDI. Los scores actualmente disponibles permiten estimar la probabilidad de eventos y mejorar la estratificación pronóstica, pero ninguno ha definido un punto de corte que guíe por sí solo la toma de decisiones. En consecuencia, la indicación de un CDI continúa basándose en una evaluación multiparamétrica que integra la historia clínica, el fenotipo electrocardiográfico, el estudio electrofisiológico y otros marcadores de riesgo, más que en un porcentaje estimado por un modelo predictivo. Esta limitación ayuda a comprender por qué, pese al desarrollo de herramientas cada vez más sofisticadas, su impacto sobre la práctica clínica sigue siendo limitado.

Esta observación invita a reflexionar sobre si el desafío actual consiste realmente en diseñar un nuevo score o, por el contrario, en comprender mejor la complejidad biológica del síndrome de Brugada.