

¿Síndrome de repolarización precoz o Patrón de repolarización precoz?

Dr. Andrés R. Pérez Riera

El primer concepto que hay que tener en mente es la diferencia de los términos de **Síndrome de Repolarización Precoz** “*Early Repolarization Syndrome*” (ERS) y el de **Patrón de Repolarización Precoz** “*Early Repolarization pattern*” (ERP):

La presencia del **síndrome de repolarización precoz (ERS)** está caracterizada por la elevación del punto J ≥ 1 mm en ≥ 2 derivaciones inferiores y / o laterales contiguas registrado en un ECG estándar de 12 derivaciones y que ocurre en un **paciente resucitado de parada cardiaca por TV polimórfica /FV** por lo demás inexplicable.

El síndrome de repolarización precoz (ERS) también se puede diagnosticar en una víctima de muerte cardiaca súbita (SCD) con una autopsia no molecular negativa y una revisión de la historia clínica con un ECG previo que muestre una elevación del punto J ≥ 1 mm en ≥ 2 derivaciones inferiores y / o laterales contiguas en un ECG de 12 derivaciones estándar.

El patrón de repolarización precoz (ERP) se diagnostica

1) en presencia de una elevación del punto J ≥ 1 mm en ≥ 2 derivaciones inferiores y / o laterales contiguas de un ECG estándar de 12 derivaciones. Además, ERP se define en la presencia de una muesca (“notchet”) en la parte final del QRS, es decir en la pendiente descendente de una onda R con un punto J ≥ 0.1 mV en ≥ 2 derivaciones contiguas del ECG de 12 derivaciones, excluyendo V1 a V3. o la presencia de una muesca (“notched”) o cambio brusco en la rampa descendente final de la R (“slurring”) que se encuentra completamente por encima de la línea de base, en la pendiente descendente de una onda R prominente;

2) El pico J (pico de muesca o ligadura) es ≥ 0.1 mV en ≥ 2 derivaciones contiguas del ECG de 12 derivaciones, excluyendo las derivaciones precordiales derechas V1 a V3; y

3) duración del QRS <120 ms (**Sugrue A, et al. Clin Electrophysiol. 2018**) (**Macfarlane P et al 2015**) (**Patton KK 2016**).

Consecuentemente, si se miden 120ms de duración del QRS o más estaría fuera de la definición. No obstante, ocurre que posiblemente 120ms de duración del QRS sea apenas en las precordiales derechas y no en el resto de las derivaciones, V4 V5 y V6.

No debe olvidarse que el bloqueo parietal caracterizado por una duración del QRS en **V1+V2+V3** puede ser mayor que la suma de la duración del QRS de **V4+V5+V6**. El mismo fenómeno que ocurre en la displasia de VD ($\frac{V1+V2+V3}{V4+V5+V6} \geq 1.2$). En la DAVD clásica la evidencia de bloqueo parietal derecho se manifiesta por duración del QRS en precordiales derechas “ ≥ 110 msec y duración del QRS mayor en las precordiales derechas que en las izquierdas (**Marcus FI. J Electrocardiol. 2000**).

La relación QRSD de $\frac{V1+V2+V3}{V4, V5 \text{ and } V6}$ or ≥ 1.2 se observa en aproximadamente 65% de los casos.

En la DAVD (**Nasir 2004**) QRSD $\geq$ de V1 a V3 tiene 91% de sensibilidad, 90% especificidad para ARVC/D (**Nasir 2003**).

En el síndrome de Brugada esto se explica porque en el territorio del tracto de salida del VD existe menor expresión de la conexina 45 lo que ocasiona el retardo final de conducción en el RVOT sin que necesariamente sea debido a un BRD genuino septal o pre-divisional a lo sumo un bloqueo en la división superior o subpulmonar de la rama derecha en la pared libre del VD que entra en el tracto de salida del VD afectado. (**Pitzalis 2003**)

Referencias

1. Macfarlane PW, Antzelevitch C, Haissaguerre M, et al. The Early Repolarization Pattern: A Consensus Paper. J Am Coll Cardiol. 2015 Jul 28; 66(4):470-7.
2. Nasir K, Bomma C, Tandri H, et al. Electrocardiographic features of arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy according to disease severity: a need to broaden diagnostic criteria. Circulation. 2004;110:1527-34.
3. Pitzalis MV, Anaclerio M, Iacoviello M, Forleo C, Guida P, Troccoli R, Massari F, Mastropasqua F, Sorrentino S, Manghisi A, Rizzon P. QT-

interval prolongation in right precordial leads: an additional electrocardiographic hallmark of Brugada syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 2003 Nov 5;42(9):1632-7.

4. Sugrue A, Rohatgi RK, Bos M, Vaidya VR, Asirvatham SJ, Noseworthy PA, Ackerman MJ. Clinical Significance of Early Repolarization in Long QT Syndrome. *JACC Clin Electrophysiol.* 2018 Sep;4(9):1238-1244. doi: 10.1016/j.jacep.2018.06.007