

Criterio de Peguero-Lo Presti para el diagnóstico de sobrecarga ventricular izquierda (SVI)

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Estos autores, propusieron en 2017, un nuevo criterio para diagnosticar la SVI empleando el ECG, que consiste en la suma de la onda S más profunda en cualquier derivación (SD) + la profundidad en milímetros de la onda S en V4 (SV4): un valor de $SD + SV4 \geq 2.3$ mV en mujeres y ≥ 2.8 mV en hombres fué considerado positivo para SVI. El criterio resultó tener mayor sensibilidad para el diagnóstico por ECG de la SVI comparado con los criterios existentes, pero mantiene las limitaciones de los anteriores, para los pacientes con bloqueos de rama, (especialmente el BCRI), marcapasos y otras miocardiopatías que asocian SVD. En el caso en que la SD (mayor onda S) se encuentre en V4, se duplica la amplitud de la onda S para obtener el valor de $SD + SV4$.

En 2018 Sao y col han “validado” (o tentado validar) el criterio **de Peguero-Lo Presti** en una población internada, hipertensa asiática procedente de un solo centro, en China (2).

La cohorte contó con 225 hipertensos internados en China confirmando que los criterios recientemente propuestos por Peguero-Lo Presti tienen mayor sensibilidad en el diagnóstico de SVI cuando comparado con otros criterios (hombres: 65,5%; mujeres: 81%), seguidos del criterio de voltaje de Cornell (hombres: 55,2%; mujeres: 56,9%). Las especificidades de ambos fueron superiores al 70%, sin diferencias significativas entre ellos. El valor de corte óptimo para ser considerado portador de SVI fue de ≥ 2.1 mV para las mujeres y ≥ 2.6 mV para los hombres. Según la nueva propuesta los criterios $SD + SV4$ proporcionan una sensibilidad mejorada para el diagnóstico de SVI por ECG en comparación con los criterios existentes, pero su uso rutinario requerirá una validación adicional en poblaciones más grandes y de otras etnias.

Algunas limitaciones de este estudio deben ser consideradas: el estudio es de un solo centro con un tamaño de muestra relativamente pequeño, para lo cual la utilidad del método estadístico AUC es limitada.

El tabique interventricular y el grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo se estimaron mediante el uso de eco bidimensional, y no por la RMC método considerado actualmente el patrón oro. No obstante, se sabe

que el eco tiene buena reproducibilidad para el diagnóstico de SVI y continúa siendo el método más utilizado en la práctica clínica en centros de Países en desarrollo o más pobres.

Los pacientes fueron seleccionados de una población hipertensa internada. Por lo tanto, estos hallazgos no se pueden aplicar a la población general seguramente con mucho menor agresión cardíaca.

Los autores solo compararon los criterios recién propuestos con los dos métodos más comúnmente empleados (criterios de voltaje de Cornell y los de Sokolow-Lyon). Por lo tanto, no se puede excluir la posibilidad de que otros criterios puedan tener sensibilidades más altas que estos dos últimos criterios.

Los criterios propuestos no mejoraron las limitaciones de los criterios anteriores para diagnosticar la SVI en pacientes con BCRD o BCRI, RIVA, SVD concomitante y otras cardiomiopatías que podrían influir en la precisión de los criterios SD + SV4, ya que estos subgrupos se excluyeron del estudio y el eje también influyen en la amplitud de la onda S en V4.

Las críticas son necesarias y deben ser admitidas con serenidad y raciocinio. Ella siempre por lo menos en mi caso tienen por objetivo la procura de la verdad.

Se necesitaría estudios con un universo mayor para verificar la precisión de los criterios de SD + SV4 en las citaciones de los ejes o el retraso de la conducción intraventricular. Además, los valores de corte para SVI utilizados en este estudio fueron más bajos que el recomendado por las directrices, lo que puede explicarse por las diferencias étnicas en los valores de corte óptimos. El impacto de la etnicidad en la sensibilidad y especificidad de los nuevos criterios propuestos en el diagnóstico de SVI no fue abordado en este estudio; Se requiere más exploración en esta área.

Referencias

1. Peguero JG, Lo Presti S, Perez J, Issa O, Brenes JC, Tolentino A. Electrocardiographic Criteria for the Diagnosis of Left Ventricular Hypertrophy. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(13): 1694-1703. doi: 10.1016/j.jacc.2017.01.037
2. Shao Q, Meng L, Tse G, Sawant AC, Zhuo Yi Chan C, Bazoukis G, Baranchuk A, Li G1, Liu T. Newly proposed electrocardiographic criteria for the diagnosis of left ventricular hypertrophy in a Chinese population. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2018:e12602. doi: 10.1111/anec.12602