

Diagnósticos diferenciales del patrón de repolarización precoz - 2017

Dr. Andrés R. Pérez Riera

El patrón electrocardiográfico de repolarización precoz “benigno” (PRP) se observa con mayor frecuencia en jóvenes sanos (menores de 50 años), atletas y hombres de raza negra afrodescendientes, siendo menos común en los mayores de 50 años, en quienes la presencia de elevación del ST es más probable que represente lesión y/o isquemia miocárdica o pericarditis aguda. Es rara en proyecciones.

En las salas de emergencia no son raros los pacientes que se presentan con queja de dolor precordial y el ECG muestra el PRP.

Por ese motivo es relevante conocer las características del mismo para diferenciarlo del patrón de la pericarditis aguda y del infarto agudo de miocardio/ síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y de la repolarización precoz llamada “maligna” observada en las canalopatías en especial la fibrilación ventricular idiopática

Caracterización electrocardiográfica del PRP benigno

Clásicamente el PRP se caracteriza por una elevación del segmento ST generalizada de por lo menos 1mm en por lo menos 2 derivaciones contiguas. El ECG muestra muescas (“notch”) o arrastro (“slur”) en la parte final de la rampa descendente de la R correspondiente al punto J (fin del QRS e inicio del segmento ST) elevado seguido de segmento ST (STE) elevado de concavidad superior más prominente en las derivaciones precordiales intermedias a izquierdas (V2-5) seguida de T amplias, ligeramente asimétricas o pseudo simétricas de polaridad concordante con los complejos QRS precedentes (ambos apuntan en la misma dirección). El grado de elevación del ST es modesto (< 2 mm) en comparación con la amplitud de la onda T (menos del 25% de la altura de la onda T en V6). La elevación del ST suele ser <2 mm en las derivaciones precordiales y <0,5 mm en las derivaciones de las extremidades, aunque el STE precordial puede ser de hasta 5 mm en algunos casos. No se observa depresión recíproca o imagen en espejo del ST que sugiere STEMI con excepción de aVR.

Los cambios ST se caracterizan por ser relativamente estables a lo largo del tiempo (ECGs secuenciales en la pericarditis y síndrome coronario agudo son inestables). No obstante en el PRP el ECG no es completamente estático a lo largo del tiempo y la elevación del segmento ST puede fluctuar en respuesta a los cambios en el tono

autonómico: disminuyendo con el aumento del tono simpático / ejercicio / taquicardia y aumentando en la bradicardia.

La elevación del ST en el PRP desaparece gradualmente a medida que el paciente envejece: hasta un 30% de los pacientes con PRP tendrán una resolución de la elevación del ST en los ECG tomados muchos años después.

En la pericarditis el ECG puede ser difícil de diferenciar de la RPP ya que ambas condiciones se asocian con la elevación cóncava hacia arriba del segmento ST. Un truco útil para distinguir entre estas dos entidades es observar la relación entre el segmento ST / onda T y el patrón de aspecto en "en anzuelo" en el punto J mas frecuentemente en V4.

La relación de elevación del segmento ST altura de la onda T: La altura vertical de la elevación del segmento ST (desde el final del segmento PR hasta el punto J) se mide y se compara con la amplitud de la onda T en V6. Una proporción de > 0.25 sugiere pericarditis. Una relación de < 0.25 sugiere PRP.

Otra pista que sugiere PRP es la presencia de un punto J con muescas conocido como aspecto en "anzuelo" en el punto J. Esto a menudo se ve mejor en la derivación V4.

Las principales diferencias entre PRP con la pericarditis aguda son:

- 1) *Elevación del ST limitada a las derivaciones precordiales*
- 2) *Ausencia de depresión reciproca del segmento ST con excepción de aVR*
- 3) *Ondas T prominentes*
- 4) *Relación grado de elevación del segmento ST / voltaje de onda T < 0.25*
- 5) *Aspecto característico del punto J "anzuelo" en V4*
- 6) *ECGs secuenciales estables*

Características que sugieren pericarditis

- 1) Elevación difusa generalizada del ST
- 2) Presencia de depresión PR en varias derivaciones
- 3) Amplitud de onda T normal
- 4) Relación elevación del segmento ST / altura da onda T > 0.25
- 5) Ausencia de apariencia de "anzuelo" al fin de la R en V4
- 6) Cambios electrocardiográficos evolutivos en ECGs secuenciales.

Observación: Estas características tienen una especificidad limitada, por lo tanto, no siempre es posible determinar la diferencia entre estas dos condiciones con el ECG apenas.

Diferencia del PRP benigno con la repolarización maligna de la fibrilación ventricular idiopática

Un gran estudio de cohorte finlandés publicado en NEJM en diciembre de 2009 encontró el patrón de repolarización precoz en las derivaciones inferiores se asoció

con un mayor riesgo de muerte por causas cardíacas en sujetos de mediana edad durante un período de seguimiento de 30 años.

Otro estudio examinó el paro cardíaco repentino asociado con la repolarización precoz y encontró una mayor prevalencia de repolarización precoz entre pacientes con antecedentes de fibrilación ventricular idiopática.

Clásicamente, el es PRP definida como una elevación de la unión QRS-ST (punto J) de al menos 1,0 mm (0,1 mV) en las derivaciones de la pared inferior o lateral, pero que puede estar asociado con la FV en algunos pacientes.

Una elevación del punto J > 2.0 mm, particularmente en pacientes con arritmias o antecedentes familiares de primer grado jóvenes de MS. Estos pacientes tienen más probabilidades de ser varones, tener síntomas durante el sueño y tener un intervalo QTc más corto que aquellos sin PRP. **Hoy en día no es necesaria la presencia de elevación del segmento ST para el diagnóstico del PRP** (Pérez 2012) para definir repolarización precoz.

Debemos sospechar de malignidad del PRP cuando están presentes algunas de estas situaciones

- 1) Paciente que fue resucitado de un paro cardíaco o FV documentado
- 2) Historia familiar de MS en pariente joven de primer grado
- 3) Eje del QRS, ST y T **discordante**
- 4) Imagen en espejo o recíproca en **varias** derivaciones
- 5) Extrasístoles con acoplamiento corto sobre la T
- 6) Onda J en derivaciones inferiores o generalizadas
- 7) Ondas J de convexidad superior (“Lamda shape”) o rectilínea descendente sin elevación del segmento ST
- 8) Aumento del punto J antes de eventos.

Como definimos Early repolarization syndrome?

Aquel paciente recuperado de MS con el patrón de Repolarización precoz electrocardiográfico