

# **Pistas diagnósticas para diferenciar el PRP benigno de anomalías malignas de repolarización precoz- 2014**

Dr. Andrés R. Pérez Riera

	<b>PRP “benigno”</b>	<b>Anomalías “malignas” de repolarización precoz</b>
<b>Historia familiar de muerte súbita inexplicada en familiar joven (&lt;45 años) de primer grado</b>	<b>Ausente</b>	<b>Posible pero infrecuente<sup>2;3</sup>.</b>
<b>Historia personal</b>	<b>Asintomático</b>	<b>Asintomático, episodios de síncope repetitivos o recuperado de paro cardíaco.</b>

<p><b>Población predominantemente afectada</b></p>	<p><b>Atletas hombres jóvenes y adolescentes. Afro-descendientes</b></p>	<p><b>Hombres de media edad. Puede predominar en Asiáticos cuando secundario a síndrome de Brugada. Portadores de síndrome del QT corto congénito, fibrilación ventricular idiopática.</b></p>
<p><b>Aspecto del segmento ST</b></p>	<p><b>Elevación de concavidad superior y rápidamente ascendente seguido de onda T amplia, “simetroide” y positiva.</b></p>	<p><b>Convexo hacia arriba. Eventual aspecto de onda Lambda<sup>4</sup>. Onda J está presente en ≈ 30% de pacientes con FVI. El patrón de repolarización precóz está presente en 31% de los pacientes resucitados de parada cardíaca.</b></p>

<p><b>Grado de elevación del punto J y segmento ST</b></p>	<p><b>Usualmente &lt; 2 mm en precordiales y &lt; 0,5mm en las derivaciones inferiores</b></p>	<p><b>Frecuente &gt; 2mm. Cuando presente &gt; 2 mm en derivaciones inferiores se asocia a aumento de riesgo de muerte de causas cardiacas en sujetos de media edad<sup>5</sup>. Puede no existir elevación del ST.</b></p>
<p><b>Características de la onda T</b></p>	<p><b>Positiva, amplia, pseudo simétrica de V2 a V4 o V5 y de polaridad concordante con el QRS precedente</b></p>	<p><b>Frecuentemente negativay discordante del QRS precedente</b></p>

## Referencias

1. Pérez MV, Friday K, Froelicher V. Semantic confusion: the case of early repolarization and the J point. *Am J Med.* 2012 Sep;125:843-844.
2. Mehta M, et al. Early repolarization. *Clin Cardiol,* 1999; 22: 59–65.
3. Jenkins JK, et al. Milk-alkali syndrome with a serum calcium level of 22 mg/dl and J waves on the ECG. *South Med J,* 1987; 80: 1444–1449.
4. Gussak I, Bjerregaard P, Kostis J. Electrocardiographic "lambda" wave and primary idiopathic cardiac asystole: a new clinical syndrome? *J Electrocardiol,* 2004; 37: 105–107.
5. Yan GX, Lankipalli RS, Burke JF, Musco S, Kowey PR. Ventricular repolarization components on the electrocardiogram: cellular basis and clinical significance. *J Am Coll Cardiol,* 2003; 42: 401–409.