

# Diagnóstico diferencial de los Patrones de Repolarización Benigno y Maligno - 2011

Dr. Andrés R. Pérez Riera

PISTA DIAGNOSTICAS PARA DIFERENCIAR EL PATRÓN DE REPOLARIZACIÓN PRECÓZ (PRP) BENIGNO DE LAS ANORMALIDADES MALIGNAS DE REPOLARIZACION PRECOZ		
	<b>PRP BENIGNO</b>	<b>ANORMALIDADES MALIGNAS DE REPOLARIZACIÓN PRECOZ</b>
<i>Historia Familiar de MSC inexplicada en parientes jóvenes (&lt;45 años)</i>	<i>Ausente</i>	<i>Posible, pero sin embargo infrecuente<sup>3</sup></i>
<i>Historia Personal</i>	<i>Asintomático</i>	<i>Episódios repetidos de síncope asintomáticos o recuperado de paro cardíaco Historia familiar de MSC<sup>4</sup></i>
<i>Muesca terminal del QRS en precordiales izquierdas</i>	<i>Menos prevalente</i>	<i>Más prevalente<sup>5</sup></i>
<b>Relación ST/T en V6</b> <i>Calculada dividiendo la elevación del ST en mm por los mm del punto más alto de la onda T. Cada valor es medido desde el punto isoelectrico</i>	<i>&lt; 0.25<sup>6</sup></i>	<i>? No probado</i>

Forma de la elevación del ST ST-segment elevation shape	Concavidad hacia arriba	Convexo hacia arriba Convex upward. Las ondas J están presentes en $\approx$ 30% de los pacientes con FVI <sup>2</sup> J waves are present in $\approx$ 30% IVF patients <sup>2</sup> La repolarización precoz es significativamente más prevalente en los sujetos después de paro cardiaco (presente en 31% de los resucitados) Eventualmente "ondas Lambda" <sup>8; 9</sup>
Elevación del punto J y gradual elevación del segmento ST	Usualmente < 2 mm <0,5mm en derivaciones de miembros	Frecuente elevación del punto J >2 mm en derivaciones inferiores está asociada con un aumento del riesgo de muerte por causas cardiacas en sujetos de mediana edad <sup>19</sup>
Característica de onda T	Grande, positiva de V2 a V4 o V5 Concordante	Frecuentemente negativa Discordante
Constancia	Estabilidad temporal relativa del segmento ST y patrón de la onda T.	Dinámica, cambios dramáticos inconstantes <sup>5</sup>
Cambios recíprocos del segmento ST (imagen en espejo)	Ausentes, con excepción de AVR	Frecuentemente presente <sup>9</sup>
CVP monomórficas con muy corto intervalo de acoplamiento 250 to 350ms	Ausente	Característico. Pausa-dependencia ausente <sup>10</sup>
QTc	Normal	Mínimamente corto en 35% de varones Entre 340-340 ms <sup>12</sup>
Potenciales tardíos (PTs)	Ausente	Frecuente si la onda J está presente. Variación circadiana con ascendencia nocturna <sup>11</sup>

## Referencias

1. Haïssaguerre M, Derval N, Sacher F, Jesel L, Deisenhofer I, de Roy L, et al. Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. *N Engl J Med*. 2008 May 8; 358: 2016-2023.
2. Viskin S. Idiopathic ventricular fibrillation "Le Syndrome d'Haïssaguerre" and the fear of J waves. *J Am Coll Cardiol*. 2009 Feb 17; 53: 620-622.
3. Viskin S, Belhassen B. Idiopathic ventricular fibrillation *American Heart Journal* 1990; 120: 661-671.
4. Valdivia CR, Medeiros-Domingo A, Ye B, Shen WK, Algiers TJ, Ackerman MJ et al. Loss-of-function mutation of the SCN3B-encoded sodium channel  $\beta_3$  subunit associated with a case of idiopathic ventricular fibrillation. *Cardiovasc Res*. 2010 Jun 1; 86: 392-400.
5. Tikkanen JT, Anttonen O, Junttila MJ, Aro AL, Kerola T, Rissanen HA, Reunanen A, et al. Long-term outcome associated with early repolarization on electrocardiography. *N Engl J Med*. 2009 Dec 24; 361: 2529-2537.
6. Ginzton LE, Laks MM. The differential diagnosis of acute pericarditis from the normal variant: new electrocardiographic criteria. *Circulation*. 1982 May; 65: 1004-1009.
7. Gussak I, Bjerregaard P, Kostis J. Electrocardiographic "lambda" wave and primary idiopathic cardiac asystole: a new clinical syndrome? *J Electrocardiol*. 2004 Apr; 37: 105-107.
8. Gussak I, Bjerregaard P, Kostis J. Electrocardiographic "lambda" wave and primary idiopathic cardiac asystole: a new clinical syndrome? *J Electrocardiol*. 2004 Apr; 37: 105-107.
9. Riera AR, Ferreira C, Schapachnik E, Sanches PC, Moffa PJ. Brugada syndrome with atypical ECG: downsloping ST-segment elevation in inferior leads *J Electrocardiol*. 2004 Apr; 37: 101-104.
10. Viskin S, Lesh MD, Eldar M, Fish R, Setbon I, Laniado S, et al. Mode of onset of malignant ventricular arrhythmias in idiopathic ventricular fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1997 Oct; 8: 1115-1120.
11. Abe A, Ikeda T, Tsukada T, Ishiguro H, Miwa Y, Miyakoshi M, Circadian variation of late potentials in idiopathic ventricular fibrillation associated with J waves: insights into alternative pathophysiology and risk stratification. *Heart Rhythm*. 2010 May; 7: 675-682.
12. Viskin S, Zeltser D, Ish-Shalom M, Katz A, Glikson M, Justo D, et al. Is idiopathic ventricular fibrillation a short QT syndrome? Comparison of QT intervals of patients with idiopathic ventricular fibrillation and healthy controls. *Heart Rhythm*. 2004 Nov; 1: 587-591.