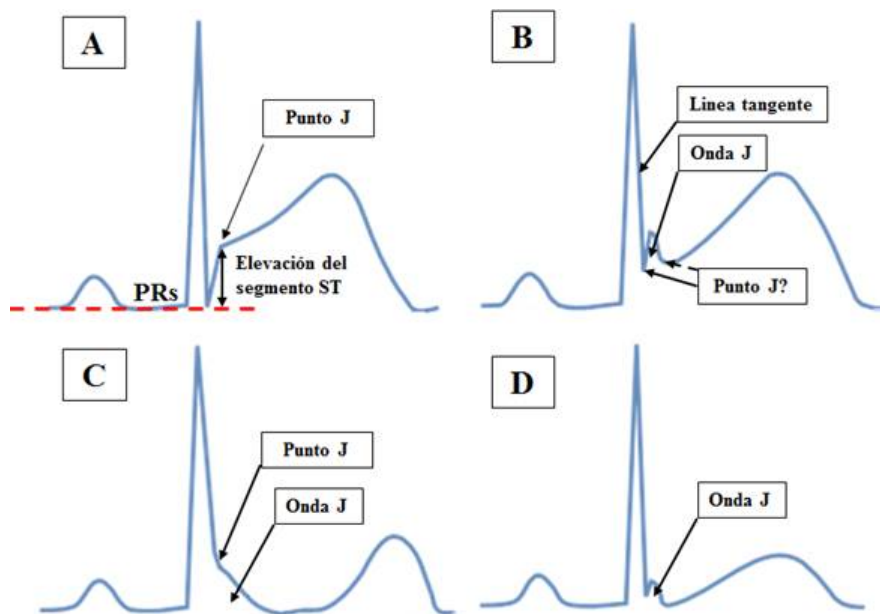


# Repolarización precoz – 2014

Dr. Andrés R. Pérez Riera

La repolarización precoz en el concepto actual no es necesario que tenga elevación del segmento ST. De manera que hoy se clasifica el patrón de repolarización precoz en 2 grupos:

Definición clásica de Patrón de Repolarización Precóz (PRP) con elevación del segmento ST A y  
Nuevo concepto de PRP sin elevación del segmento ST : B y C



A y B definición clásica de PRP siempre hay elevación del segmento ST.

A. PRP con apenas elevación del segmento ST.

B. PRP con elevación del segmento ST y terminando en onda J.

C y D Nuevo concepto de PRP sin elevación del segmento ST (1).

A. Punto J elevado seguido de onda J y porción terminal sin elevación del segmento ST.

B. Punto J no elevado seguido de onda J sin elevación del segmento ST.

¿Cómo identificar al asesino?



Pistas diagnósticas para diferenciar el PRP benigno de anomalías malignas de repolarización precoz

	<b>PRP “benigno”</b>	<b>Anormalidades “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>
<b>Población predominantemente afectada</b>	<b>Atletas hombres jóvenes y adolescentes. Afro-descendientes</b>	<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><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 <math>\approx</math> 30% de pacientes con FVI. El patrón de repolarización precóz está presente en 31% de los pacientes resucitados de parada cardiaca.</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 negativa y 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. *SouthMed 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.**