



5007-4. PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO DE REPOLARIZACIÓN PRECOZ EN DEPORTISTAS: ¿UN DATO MÁS DE ADAPTACIÓN AL ENTRENAMIENTO?

Iria Andrea González García¹, Araceli Boraita Pérez², María Eugenia Heras Gómez², Silvia del Castillo Arrojo¹, Manuel Marina Breyse², Pamela Chaves Rodríguez², Manuel Rabadán Ruiz² y Alejandro Curcio Ruigómez¹ del ¹Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) y ²Agencia Española para la Protección de la Salud en el Deporte, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Recientemente ha sido propuesta una definición consensuada del patrón electrocardiográfico de repolarización precoz (RP). Nuestro objetivo fue determinar en deportistas de élite la prevalencia real de este hallazgo y relacionarlo con variables clínicas, demográficas, ecocardiográficas y de rendimiento.

Métodos: Se analizaron los electrocardiogramas (ECG) de todos los deportistas de alto nivel que fueron valorados mediante ECG y ecocardiograma en nuestro servicio durante el año 2014. Se estratificó a los deportistas en 2 grupos (RP, no RP) de acuerdo a si presentaban onda J con amplitud mayor de 0,1 mV en 2 o más derivaciones contiguas (excluyendo V1-V3) con ausencia de QRS ancho. Posteriormente, se compararon entre ambos grupos variables demográficas, clínicas y ecocardiográficas, y ergoespirométricas cuando existían.

Resultados: Se incluyó a 487 deportistas, 309 eran varones (63,4%), 24 de raza negra (4,9%) y con una edad media de $22,6 \pm 6,4$ años. Se objetivó RP en 108 de ellos (22,2%). En el grupo con RP el porcentaje de varones tendía a ser mayor (70,4 frente a 61,5%, p 0,09), así como de raza negra (12 frente a 2,9%, p 0,001) y de mayor edad ($23,5 \pm 7,7$ frente a $22,3 \pm 6,0$ años, p 0,103). Presentaban FC más bajas ($56,4 \pm 9,7$ frente a $60,7 \pm 10,0$ lpm, p 0,001) y un mayor índice de Sokolow ($3,6 \pm 0,9$ frente a $2,8 \pm 0,8$ mV, p 0,001). En el ecocardiograma presentaban mayor masa de VI indexada ($96,8 \pm 19,8$ frente a $89,6 \pm 19,6$ g/m², p 0,001), espesores ligeramente mayores: en septo IV ($9,3 \pm 1,3$ frente a $8,8 \pm 1,2$ mm, p 0,001) y pared posterior ($9,4 \pm 1,3$ frente a $8,7 \pm 1,3$ mm, p 0,001); y mayor tamaño de cavidades: aurícula izquierda (diámetro AP $35,2 \pm 5,3$ frente a $33,6 \pm 5,0$ mm, p 0,005) y ventrículo derecho (diámetro basal 4C $39,2 \pm 5,6$ frente a $38,0 \pm 6,0$ mm, p 0,059). Finalmente, en aquellos sujetos a los que se realizó ergoespirometría (367 deportistas, el 75% del total) se objetivó mayor consumo de O₂ en grupo con RP ($59,3 \pm 9,2$ frente a $54,7 \pm 9,6$ ml/kg/min, p 0,001).

Conclusiones: En nuestro estudio la presencia de RP se relacionó con otros hallazgos electrocardiográficos, ecocardiográficos y ergoespirométricos generalmente asociados a la buena adaptación cardiovascular al entrenamiento y sugiere un origen benigno del mismo.