



6000-44. VALOR PREDICTIVO DEL ECG EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA PERICARDITIS AGUDA Y LA ISQUEMIA TRANSMURAL BASADO EN LA DURACIÓN DEL QRS Y DEL QT EN LAS DERIVACIONES CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Xavier Rosselló Lozano¹, Rob F. Wiegerinck¹, Joan Alguersuari Cabiscol², Alfredo Bardají Ruiz³, Marta Faiges Borràs⁴, Mario Sutil Vega¹, Andreu Ferrero Gregori¹ y Juan Cinca Cuscullola¹ del ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ²Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), ³Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona y ⁴Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción y objetivos: La isquemia miocárdica transmural induce cambios en la duración del complejo QRS y del intervalo QT de las derivaciones con ascenso del segmento ST. Teóricamente, estos cambios no deberían acontecer en la pericarditis aguda, ya que el daño es subepicárdico y no transmural. El objetivo del estudio es evaluar si estos cambios incrementan el valor predictivo del ECG en el diagnóstico de ambas patologías.

Métodos: El ECG de ingreso ampliado al 200%, se analizó en 79 pacientes con pericarditis aguda y en 71 con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST) (28 de localización anterior y 43 de localización inferior). Se compararon las medias del QRS y QT en las derivaciones con y sin ascenso del segmento ST. Se analizaron las curvas ROC aplicando los criterios electrocardiográficos clásicos (desviación del PR y ST en aVR, número de derivaciones con ascenso y descenso del segmento ST, número de derivaciones con descenso del PR) y se compararon con las curvas ROC resultantes de la aplicación de los cambios en el QRS y QT.

Resultados: Las derivaciones con elevación del segmento ST mostraron un QRS más ancho y un QT más corto respecto las derivaciones isoeletricas en el caso del SCAEST (QRS: $85,9 \pm 13,6$ ms vs $81,3 \pm 10,4$ ms, $p = 0,01$; QT: $364,4 \pm 38,6$ vs $370,9 \pm 37,0$ ms, $p = 0,04$). En la pericarditis no se identificaron diferencias significativas en ambos parámetros (QRS: $81,5 \pm 12,5$ ms vs $81,0 \pm 7,9$ ms, $p = 0,69$; QT: $347,9 \pm 32,4$ vs $347,3 \pm 35,1$ ms, $p = 0,83$). La presencia de los criterios clásicos están reflejados en la tabla. El área bajo la curva ROC (fig.) fue de 0,863 para los criterios clásicos (modelo A), de 0,807 para los nuevos criterios (modelo B) y 0,914 para el conjunto de los 7 criterios (modelo C = A+B). El poder predictivo del modelo con todos los criterios se incrementó significativamente ($p = 0,012$) respecto el modelo con los criterios clásicos.

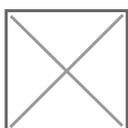


Figura. Curvas ROC.

Presencia de los criterios electrocardiográficos clásicos en los pacientes con pericarditis aguda y SCAEST

	Pericarditis (n = 79)	SCAEST (n = 71)	p
Desviación del PR en aVR (mV)	0,03 ± 0,032	0,01 ± 0,028	0,005
Punto J en aVR (mV)	-0,08 ± 0,058	-0,02 ± 0,080	< 0,001
Número de derivaciones con ascenso del segmento ST (n)	6,1 ± 2,06	4,8 ± 1,88	< 0,001
Número de derivaciones con descenso del segmento ST (n)	2,1 ± 1,53	3,9 ± 2,22	< 0,001
Número de derivaciones con descenso del PR (n)	3,1 ± 2,81	1,5 ± 1,57	< 0,001

Conclusiones: A diferencia de la pericarditis, el SCAEST muestra ensanchamiento del complejo QRS y acortamiento del intervalo QT en las derivaciones con elevación del segmento ST. Estos hallazgos mejoran el rendimiento diagnóstico de los criterios electrocardiográficos clásicos.