Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 999

Revista Española de Cardiología

5026-7. INTERVALO PR CORTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPORTISTAS

Jesús Velásquez Rodríguez[1], Leonel Díaz González[2], Pedro L. Valenzuela[3], Vanesa Bruña Fernández[4], Araceli Boraita Pérez[5] y Alejandro Lucía[6]

[1]Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, [2]Clínica CEMTRO, Madrid, [3]Departamento de Biología de Sistemas, Universidad de Alcalá, Madrid, [4]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, [5]Centro de Medicina Deportiva. Consejo Superior de Deportes, Madrid y [6]Instituto de Investigación Hospital 12 Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El intervalo PR es una característica importante del electrocardiograma (ECG) que refleja la conducción a través del nódulo auriculoventricular. Hay poca información disponible sobre el intervalo PR corto y no hay datos de deportistas pediátricos y esto es una cuestión importante porque, cuando se asocia con preexcitación ventricular o con síntomas, este cuadro en apariencia benigno podría ser motivo de preocupación y no debería pasarse por alto en los programas de cribado preparticipativo (PCP).

Métodos: Se estudió a deportistas de 5 a 16 años que asistieron a un PCP obligatorio desde agosto de 2018 hasta junio de 2019. Se definió intervalo PR corto a un PR 170 ms (edad 180 ms (edad ? 12 años) y. Se excluyeron los ritmos distintos del sinusal o la arritmia sinusal respiratoria.

Resultados: Se examinó a 6.307 niños (media de edad 11 ± 3 años; el 100% caucásicos; el 94% varones; práctica deportiva, 5,2 ± 2,6h/semana; en ritmo sinusal normal, el 86,4% del total; con arritmia sinusal, el 13,6%). La prevalencia de PR corto fue del 0,6% (IC95%, 0,5-0,9). A 9 participantes se les diagnosticó síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW), de los que 1 (el 2,5% del subgrupo) mostró un PR corto. Sin embargo, cuando se utilizaron criterios de adultos (intervalo PR 120 ms), 7 de los 9 niños con WPW presentaron un PR corto (con intervalo PR de 120 ms en los otros 2 niños). Los niños con PR corto tuvieron más probabilidades de presentar un QRS más ancho (odds ratio = 1,07; IC95%, 1,04-1,10; p 0,001). Estos resultados se mantuvieron inalterables después de excluir de los análisis a los 9 pacientes con WPW.

Características descriptivas de los participantes del estudio

	PR normal (n = 6,144)	PR corto (n = 40)	Bloqueo AV 1º grado (n = 123)	Efecto de grupo, p
Edad (años)	11,2 ± 2,9	11,6 ± 2,8	11,1 ± 2,9	0,646
Varones (%)	93,8	90,0	90,2	0,169

Práctica deportiva (h/semana-1)	5,2 ± 2,6	5,6 ± 2,5	5,3 ± 2,9	0,625
Frecuencia cardiaca (lpm)	80 ± 14	78 ± 16	80 ± 15	0,633
QTc (ms)	418 ± 17	416 ± 19	415 ± 18	0,173
QTc en el límite superior (%)	4,9	7,5	5,7	0,684
QRS (ms)	93,5 ± 8,6	99,6 ± 15,3	92,4 ± 8,3	0,001
QRS ancho (%)	0,7	10,0	0	0,001

AV: auriculoventricular.

Conclusiones: El PR corto es poco frecuente en los niños y jóvenes atletas y considera una afección benigna. En ausencia de una vía accesoria o síntomas, su presencia no debería impulsar una mayor investigación.