

Onda J prominente en un paciente con hipotermia y shock medular: Onda de Osborn

Prominent J wave in a patient with hypothermia and medullary shock: Osborn wave

Dr. Juan A. Luzuriaga Navas¹, Dra. Otilia L. Navia Intriago², Dr. Marcelo V. Puga Bravo²✉ y
Dra. Yisel Gallardo Medina²

¹Servicio de Terapia Intensiva y Emergencias. Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

²Servicio de Cardiología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

Full English text of this article is also available

Palabras Clave: Onda de Osborn, Electrocardiografía, Hipotermia, Trauma medular, Shock medular
Key words: Osborn wave, Electrocardiography, Hypothermia, Spinal cord injury, Neurogenic shock

Hombre de 44 años de edad, con antecedentes de aparente salud, que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos posterior a una parada cardiorrespiratoria recuperada, relacionada con un cuadro de *shock* medular (trauma raquimedular a nivel de C₆-C₇), más hipotermia marcada. En el electrocardiograma de 12 derivaciones (**Figura 1**), se observa una frecuencia cardíaca de 35 latidos por minuto, con elevación del punto J y supradesnivel convexo del segmento ST en I, II, III, V₃, V₄, V₅ y V₆. Se interpreta como ondas J prominentes secundarias a hipotermia (onda de Osborn), que pueden manifestarse difusamente en todas las derivaciones o estar confinadas a derivaciones específicas. La fisiopatología de la onda J se explica por una alteración en las corrientes iónicas de potasio (I_{to}), y se presenta además en otros contextos, por lo cual debemos diferenciar los siguientes patrones electrocardiográficos:

1. Signo de Brugada: El patrón tipo 1 o convexo (**Figura 2A**) presenta una morfología característica, y muy raramente la aparición de ondas J en un episodio de hipotermia simula este patrón. En este caso específico se observa una elevación del punto J mayor de 2mm con elevación convexa del segmento ST en V₃ y onda T aplanada; sin embargo, al comparar con el patrón tipo 1, se observan claras diferencias, además la presencia del patrón tipo 1 aislada en V₃ es infrecuente.
2. Patrón de repolarización precoz: Como se esquematiza en la **figura 2B**, para identificar este patrón el pico de la onda J no debe sobrepasar el 50% de la R, así también la onda J debe posar enteramente sobre la línea de base. Las líneas añadidas en la **figura 1** demuestran cómo estos criterios están ausentes en el electrocardiograma que se presenta: las líneas rojas superior e inferior indican el 50% de la onda R y la línea de base del trazado electrocardiográfico, respectivamente; las flechas azules hacia arriba indican la relación entre el pico de la onda J y la porción media de la R; y, hacia abajo, la relación entre el inicio, y el final de la onda J y la línea de base.

✉ MV Puga Bravo
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
Calle 17 N° 702, Vedado, CP 10400. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: marcelopuga@hotmail.es

3. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST: esta opción debe ser descartada sobre todo en base a la ausencia de características clínicas compatibles. Eléctricamente pierde valor

este diagnóstico por la atipicidad de la morfología de la elevación del ST, así como por la afectación de dos territorios (cara inferior y anterolateral) al mismo tiempo, lo que resulta poco frecuente.

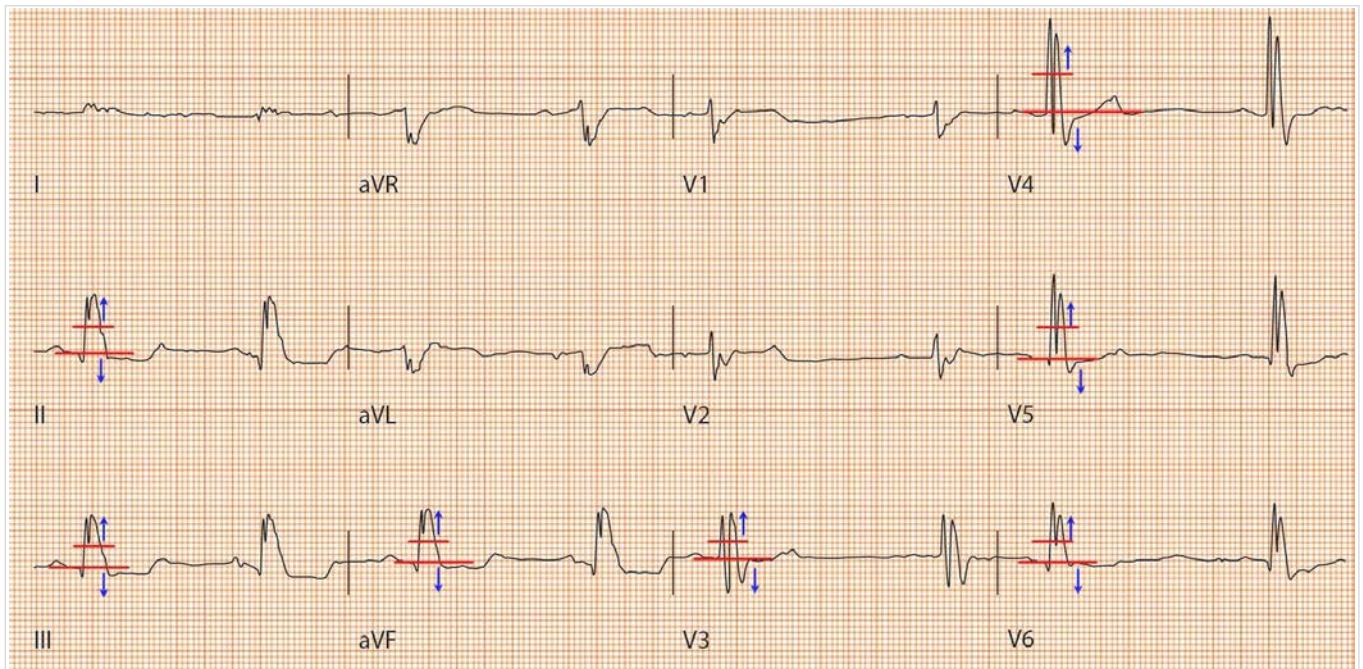


Figura 1

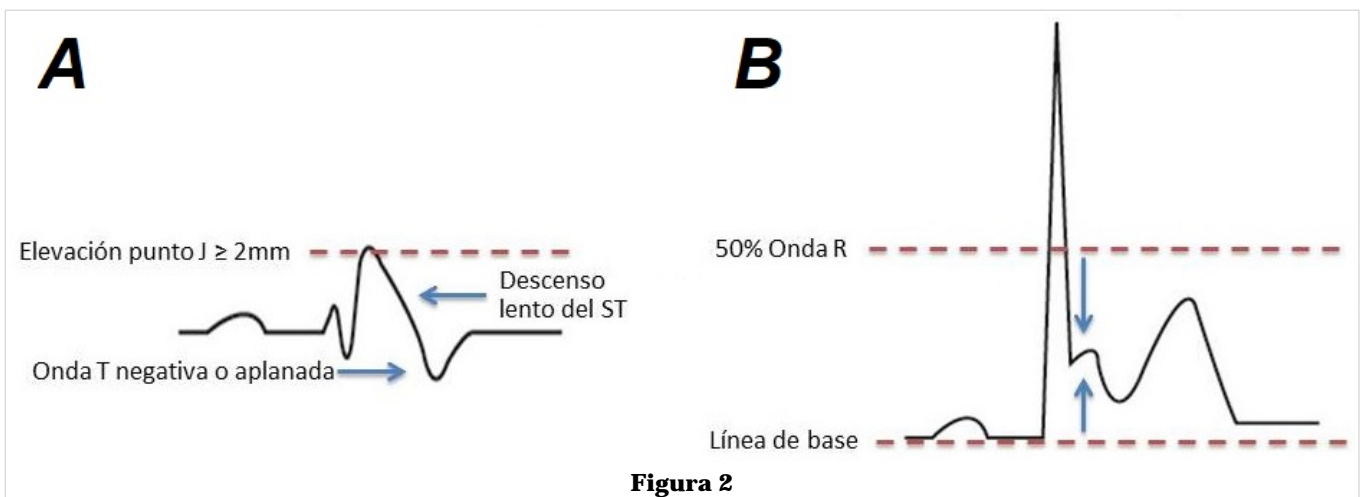


Figura 2