

Paciente de 74 años, hipertensión controlada, sincope.

Presenta Dr. Adrián Baranchuk - Comenta Dr. Andrés R. Pérez Riera

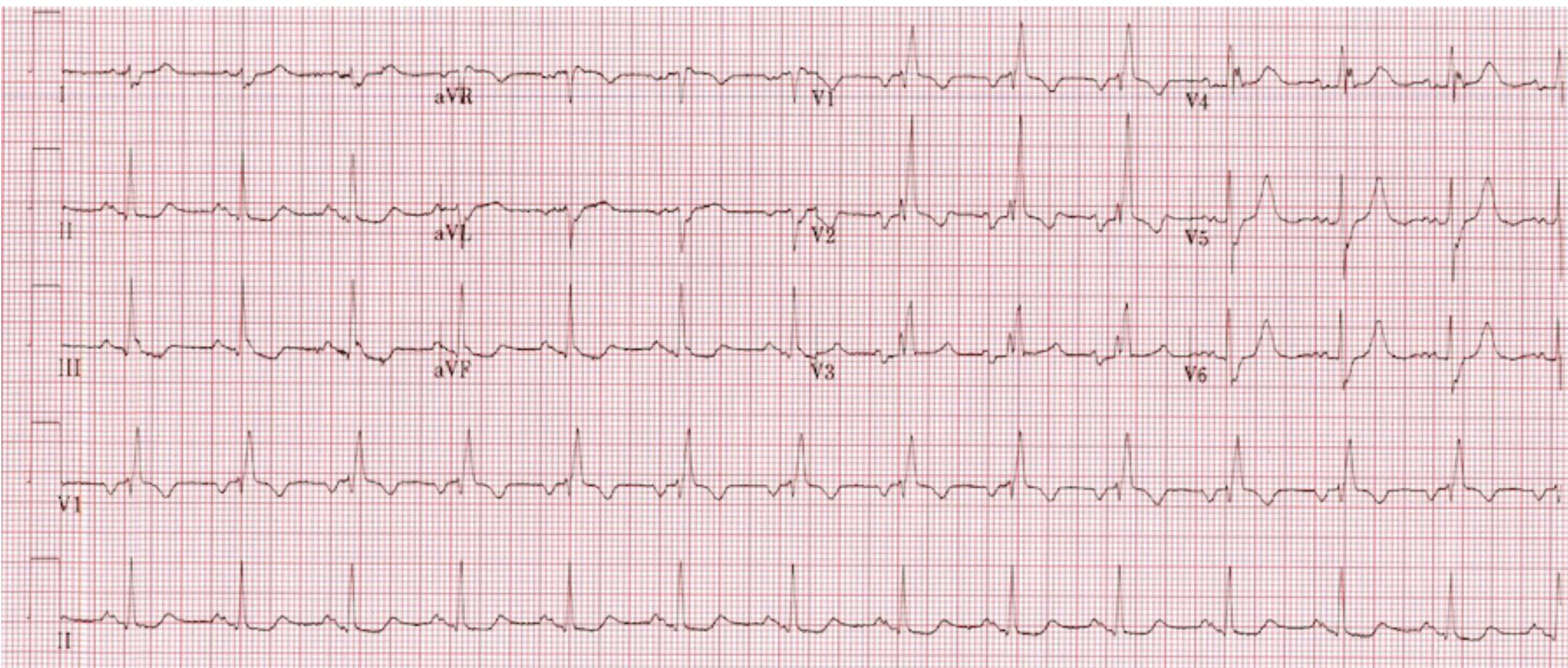
El Eco mostró cavidades de tamaño normal. IM moderada, función conservada. Aurícula izquierda ligeramente dilatada (40), y espesor y función del VD normales.

Mi pregunta es:

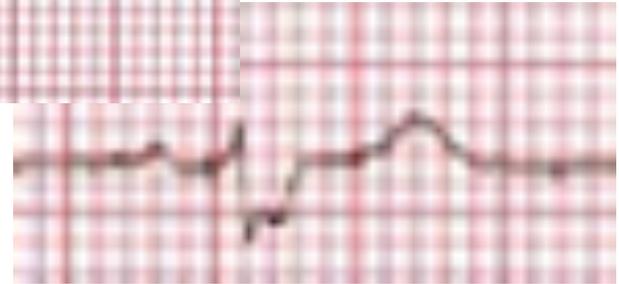
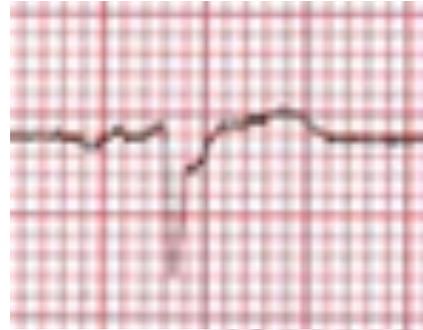
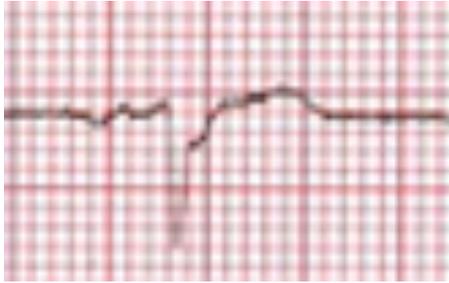
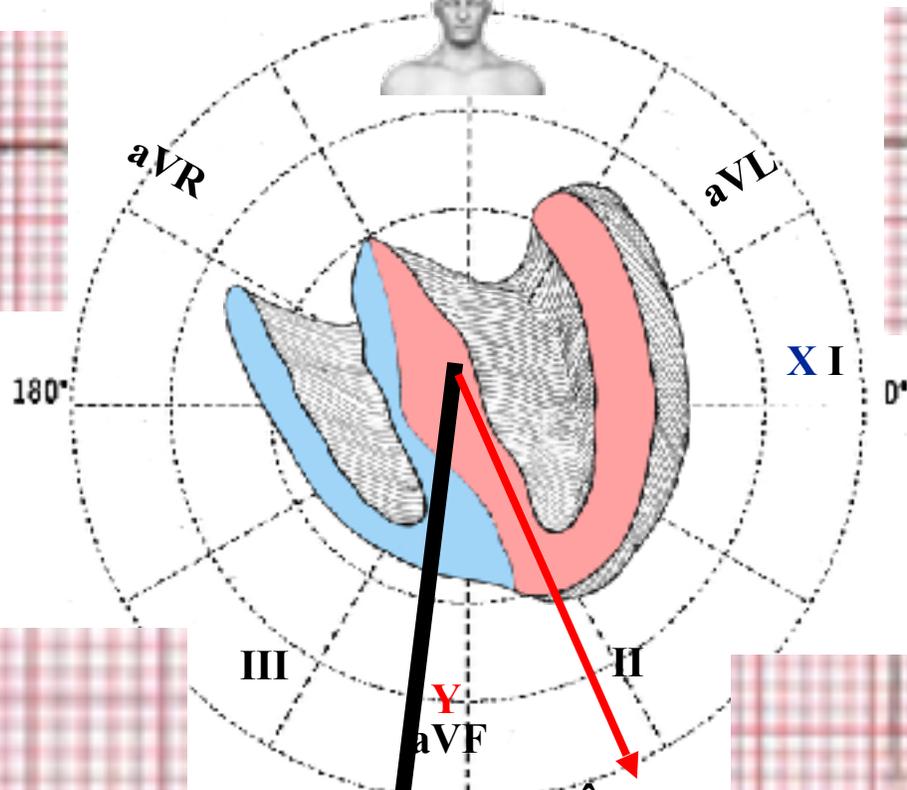
Cual es el trastorno de conducción?

Considero a este ECG un regalo navideño para mi maestro y amigo Pérez-Riera.

Hoy es nochebuena, estoy en el hospital, he implantado 3 pacientes y este sera el cuarto. Luego me quedan dos más antes de ir presuroso a casa a poner la mesa navideña. No sea cosa que llegue Santa y yo todavía esté en el quirófano!!!



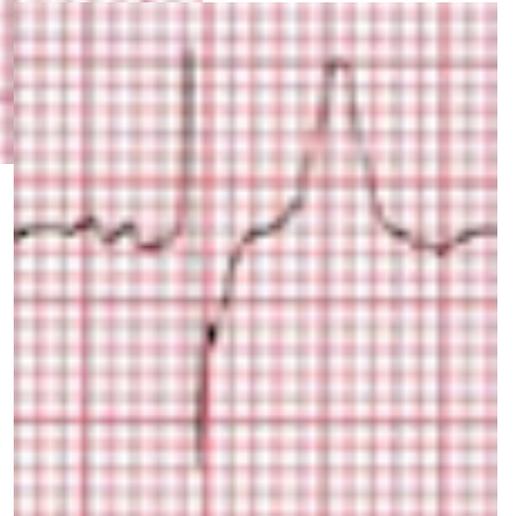
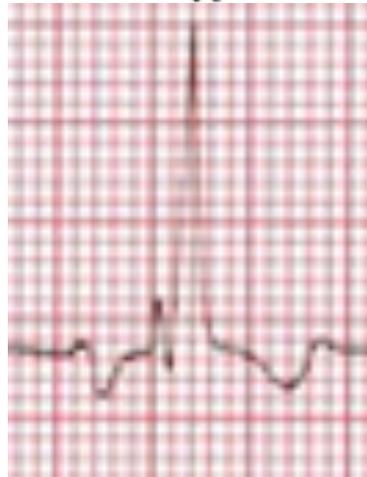
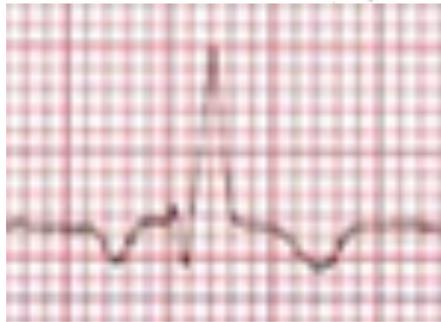
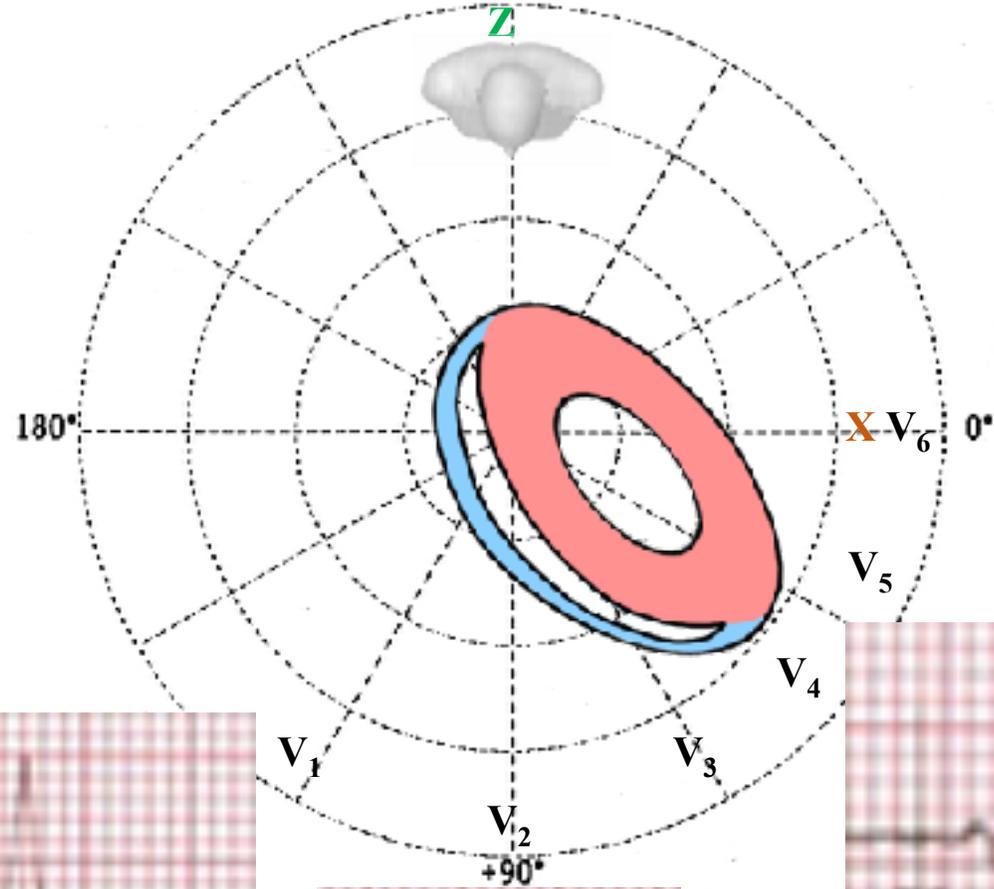
Frontal



SÂQRS +105°

SÂP +62°

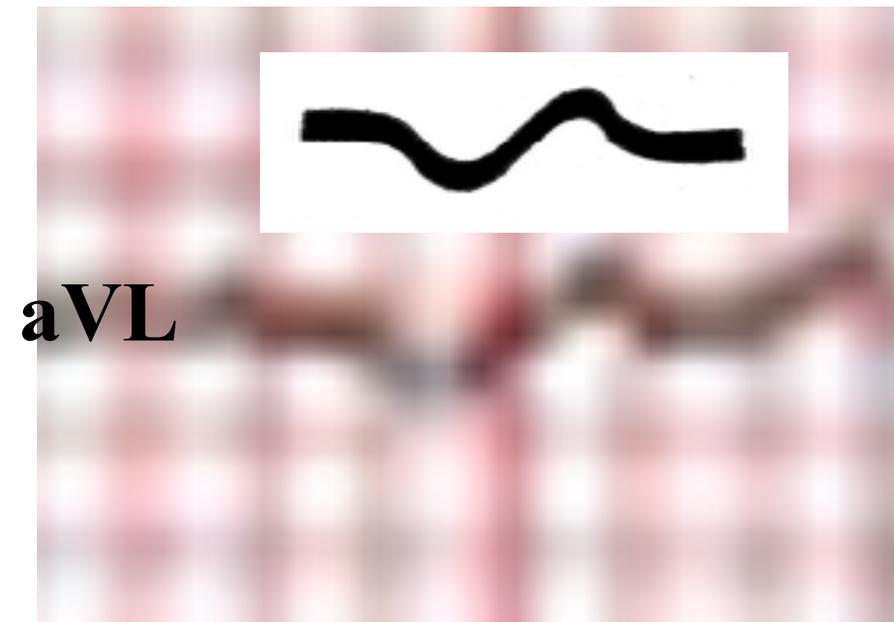
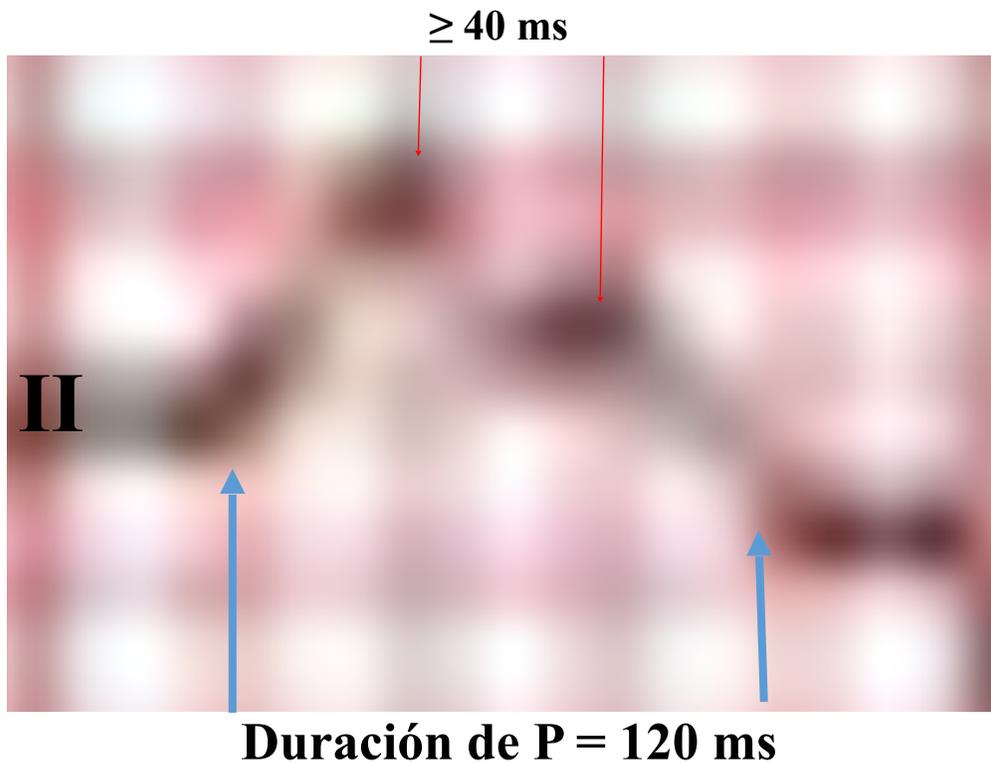
Horizontal -90°



Este es un paciente de edad avanzada (74a), hipertenso controlado que tuvo síncope (apenas 1 episodio?). No sabemos el biotipo es decir si es longilíneo asténico, brevilineo o normolineo. Creo que no existen dudas que tiene una sobrecarga auricular izquierda(SAI) y um BCRD clásico.

El primer diagnóstico de SAI esta explicito por el ecocardiograma que la AI está grande moderadamente posiblemente por esa insuficiência mitral ostial que Adrian comenta en la histôria. Desde el punto de vista del ECG la P no deja dudas de SAI por vários motivos:

En II la P es bimodal con el primer componente mayor que el segundo(Flechas rojas), con distancia entre ambos ápices ≥ 40 ms y duración de P prolongada(P = 120ms três cuadraditos). Existe um componente negativo final de P lento aumentado em V1-V2-V3. Un poco discordante es la localización del eje de la P en el PF, pel cual se encuentra minimamente a la derecha de $+60^\circ$ porque la P de aVL es bifásica de tipo minus-plus com el componente minus algo mayor en área que el componente positivo plus.



La pregunta es: tiene este paciente asociado un bloqueo divisional pósterio-inferior izquierdo(LPFB) si o no?. Respondamos en secuencia las siguientes preguntas. Tiene importancia el que haya tenido sincope. La respuesta es si pero relativa. Porque un viejo puede tener tranquilamente un sincope neurocardiogenico.

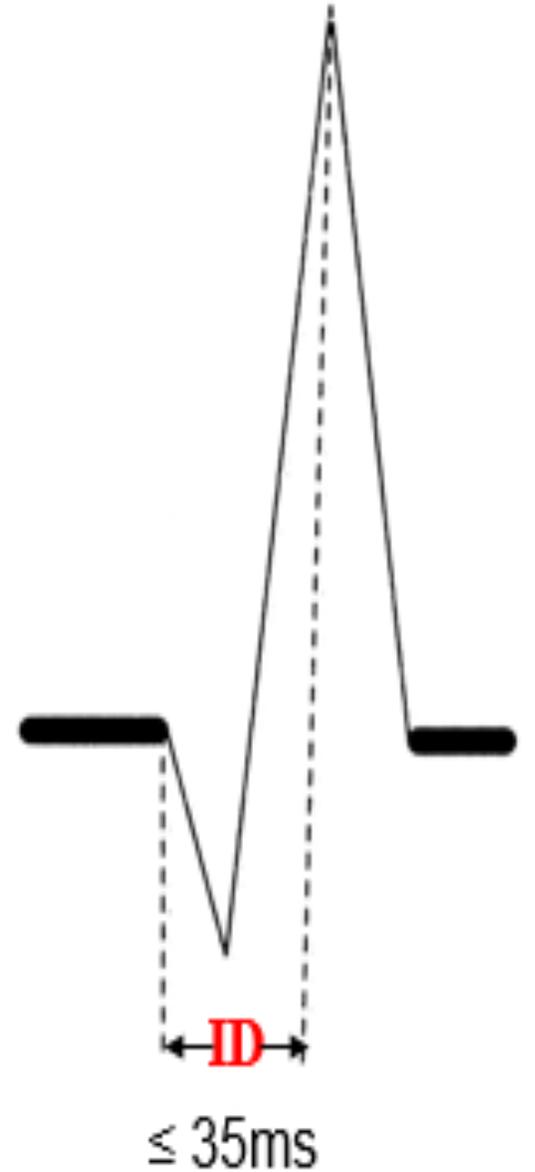
	Si	No
Como es el biotipo de este paciente ? Porque es importante el biotipo? Porque para el diagnóstico de LPFB es necesario ausencia de corazón en gota, hipertrofia ventricular derecha, e infarto lateral. El diagnóstico obligatoriamente debe ser clinico-electrocardiográfico	???? Por lo tanto Adrian debe comentar esto del biotipo Does she has a vertical heart? Is she an slender subjects? (ectomorphic biotype)? Sabemos que no tiene SVD ni infarto lateral.	????
Tiene este paciente patrón rS em I y aVL?	La respuesta es si	
Tiene patrón qR em II, III y aVF con qIII > qII	La respuesta es si	
Existe una muesca en la parte medio-final de la rampa descendente de la R en III? “middle-final notch”	La respuesta es si	
Es la R de III > R de II	La respuesta es si	
El eje del QRS está localizado en el cuadrante inferior derecho?	La respuesta es si	
Es la Q de III > que la Q de II	La respuesta es si	
El Ventricular activation time, R-peak time o intrinsicoid deflection (ID) en aVF es ≤ 35 ms?		La respuesta es No. Ver próximo slide.
Desaparición de las ondas q iniciales de V4 a V6 presentes em el BRD aislado? Esta desaparición de las q de V4 a V6 es característico de RBBB+ LPFB	La respuesta es si	
Se observa tendencia a complejos QRS amplios tipo RS em precordiales izquierdas	La respuesta es si	

Propongo que Adrian haga el mapeamento de las precordiales un espacio intercostal arriba y un espacio abajo en caso de LPFB el mapeamento alto ocasionará complejos predominantemente negativos y el mapeamento bajo dará complejos QRS predominantemente positivos

aVF



**Ventricular activation time, R-peak time o
intrinsicoid deflection (ID) en aVF es >35 ms**



Cuando un RBBB se asocia a LPFB se observan 3 direcciones de las fuerzas en el PF

- I. Durante los 20ms iniciales las fuerzas se dirigen para la izquierda y arriba apuntando aproximadamente para -45° resultando en una pequeña q inicial en III, II y aVF y una pequeña r inicial en I y aVL.
- II. Durante los 40 a 60ms las fuerzas se dirigen hacia abajo y a la derecha por vuelta de los $+120^\circ$. Estos dos vectores iniciales son ocasionados por el fascículo pósteroinferior bloqueado.
- III. Vector de los 60 a 120 o más ms son determinados por el RBBB dirigido hacia la derecha entre $+150^\circ$ y $+180^\circ$ ocasionando el patrón SI-QIII el cual debe excluir el biotipo longilíneo del corazón en gota vertical, Sobrecarga de VD y el infarto lateral.

En el plano horizontal (precordiales) la asociación de LPFB+RBBB se caracteriza por:

1. *Desaparición de la Q/q inicial de V4 a V6 del RBBB puro aislado, no obstante una pequeña q puede registrarse si los electrodos son posicionados un poco abajo. En este caso no existen las q iniciales en las precordiales izquierdas sugiere LPFB asociado.*
2. *Tendencia a complejos QRS amplios tipo RS en precordiales izquierdas como en este caso Sugiere LPFB*
3. *El mapeamiento de las precordiales un espacio intercostal arriba y un espacio abajo en caso de LPFB el mapeamiento alto ocasionará complejos predominantemente negativos y el mapeamiento bajo dará complejos QRS predominantemente positivos. Veamos que nos dice Adrian.*

V5

