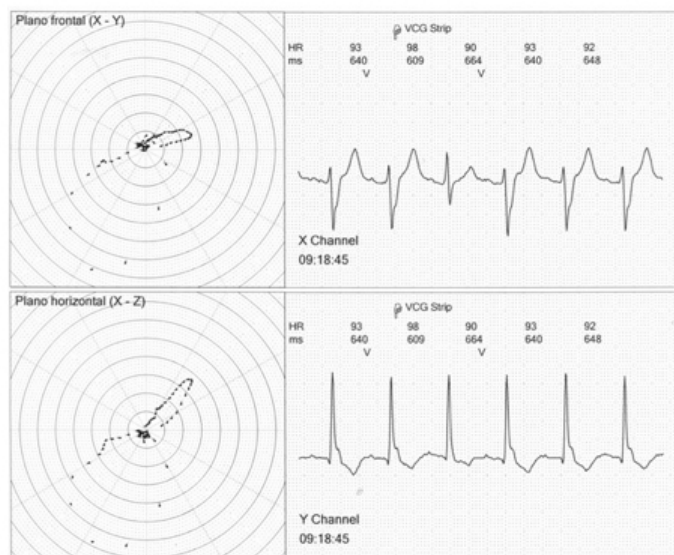
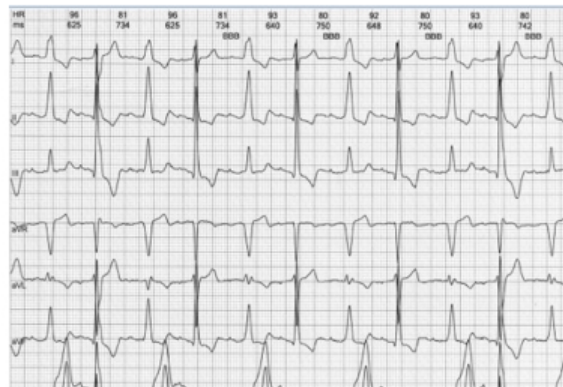
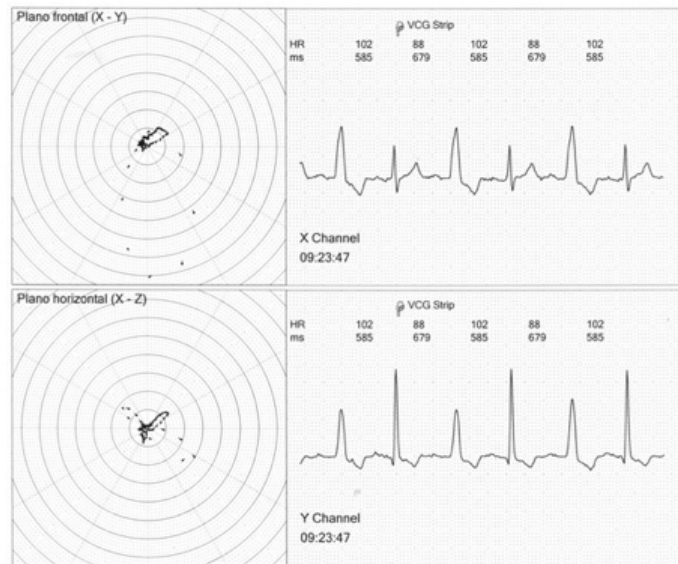


Dr. Raimundo Barbosa Barros

Andrés R. Pérez Riera







Querido Andrés: el caso es sumamente interesante el único problema es que uno tiene muchos problemas en su interpretación por el cambio y ubicación de las fuerzas de los complejos QRS.

Comencemos con la onda P, parece sinusal con una duración de alrededor de 220 msec con una frecuencia de aproximadamente 100 x min, con trastornos de conducción intra e interauricular importante si la pudiese seccionar y ampliar. Me impresiona por lo poco que puedo observar en el plano horizontal que primero se orienta con rotación horaria hacia el campo anteroinferior izquierdo luego al punto cero para continuar con un bucle que no puedo vislumbrar si es horaria o antihorario en el plano posterior izquierdo. Si esto es así la activación de ambas aurículas se produciría en forma céfalo caudal (normal) pero con un retraso importante en la activación de la izquierda. Algunas P se bloquean produciendo un Bloqueo AV 2:1.

Cada complejo QRS está precedido por una onda P, el comienzo es muy rápido y los empastamientos están ubicados en las partes medias o finales por lo cual supongo que son conducidos. (Uno debe descartar que no tengamos un ritmo ventricular que se este fusionando)

Para los complejos QRS por un lado me gustaría ver el plano sagital y por el otro querría saber cuantos msec existen entre las comas (no es ni 2, ni 2,5 msec). Este hecho me dificulta saber cuanto msec tardan en activarse las diferentes zonas miocárdicas.

Voy a empezar detallando lo que observo en el segundo VCG: BRI atípico. Las primeras fuerzas en el plano frontal se dirigen hacia arriba con rotación horaria y con un eje en los 45^a con un bucle totalmente entrecruzado.

Estas primeras fuerzas podrían ser debidas a

- una necrosis inferior, pero el resto del complejo QRS se debería dirigir hacia arriba por lo cual la descarto.

- Agrandamiento del VD; las primeras fuerzas del bloqueo de RI deberían estar conservadas (tendría que agregarle otra patología para que esto fuese posible)

- bloqueo posteroinferior de la rama derecha. Este comportamiento lo he observado en algunos latidos aberrantes en paciente normales. En este caso es la explicación que mejor encuadra por ser la mas simple.

Primer VCG; el primer vector nace a la derecha arriba y atrás (descartamos BRI). No puedo medir cuanto tiempo tarda en activarse el VD, por el problema de las comas. El vector espacial máximo (que lo supongo, porque no tengo el plano sagital para corroborarlo) no se a cuantos mseg aparece, pero se ubica en el cuadrante antero inferior derecho a los 120° en el plano frontal. En ambos planos presenta rotación horaria. La duración del complejo QRS es de 160 mseg.

A todas mis especulaciones por la duración del complejo QRS le tengo que agregar un BRD

-Agrandamiento del VD + BRD?

-BRD+HPID?

Y por último el tercer VCG nos muestra un latido angosto con un eje en 90° y rotación horaria en el plano frontal, con las últimas fuerzas dirigidas hacia el cuadrante posteroinferior del VD. No puedo argumentar que este complejo sea un ritmo de fusión entre los dos complejos QRS anteriores. Pero me inclinaría a pensar que puede existir un retraso en la conducción en las regiones postero inferiores del VD.

Esta es la explicación más sencilla, hay otras un poco más complicadas que de acuerdo a lo que sigan mostrando del caso se puede continuar especulando.

Muchas gracias Andrés por este caso tan bonito. Afectuosamente

Isabel Konopka

Estimado Andrés: una vez más estás mandando figuras interesantes!!!!

Analizando sólo el ECG (el VCG no lo veo bien) me impresiona un bloqueo AV trifascicular paroxístico manifestado por: ondas P conducidas con BRI, otras con BRD más HBP, otras con HBP sólo y otras no conducidas. El hisiograma sería diagnóstico en las P no conducidas si se acompañan del haz de His. Dado que el diagnóstico del HBP es clínico-electrocardiográfico habría que descartar EPOC, patología cardíaca derecha o corazón vertical.

De tratarse de esto, los síncope no tienen pródromos, tampoco factores predisponentes y la recuperación de la conciencia es rápida y total. Me gustaría saber más de los episodios para seguir aprendiendo. Por último es el manejo: ¿internación o ambulatorio? ¿¿¿EEF previo o no hace falta??

Saludos a todos

Daniel Dasso
