

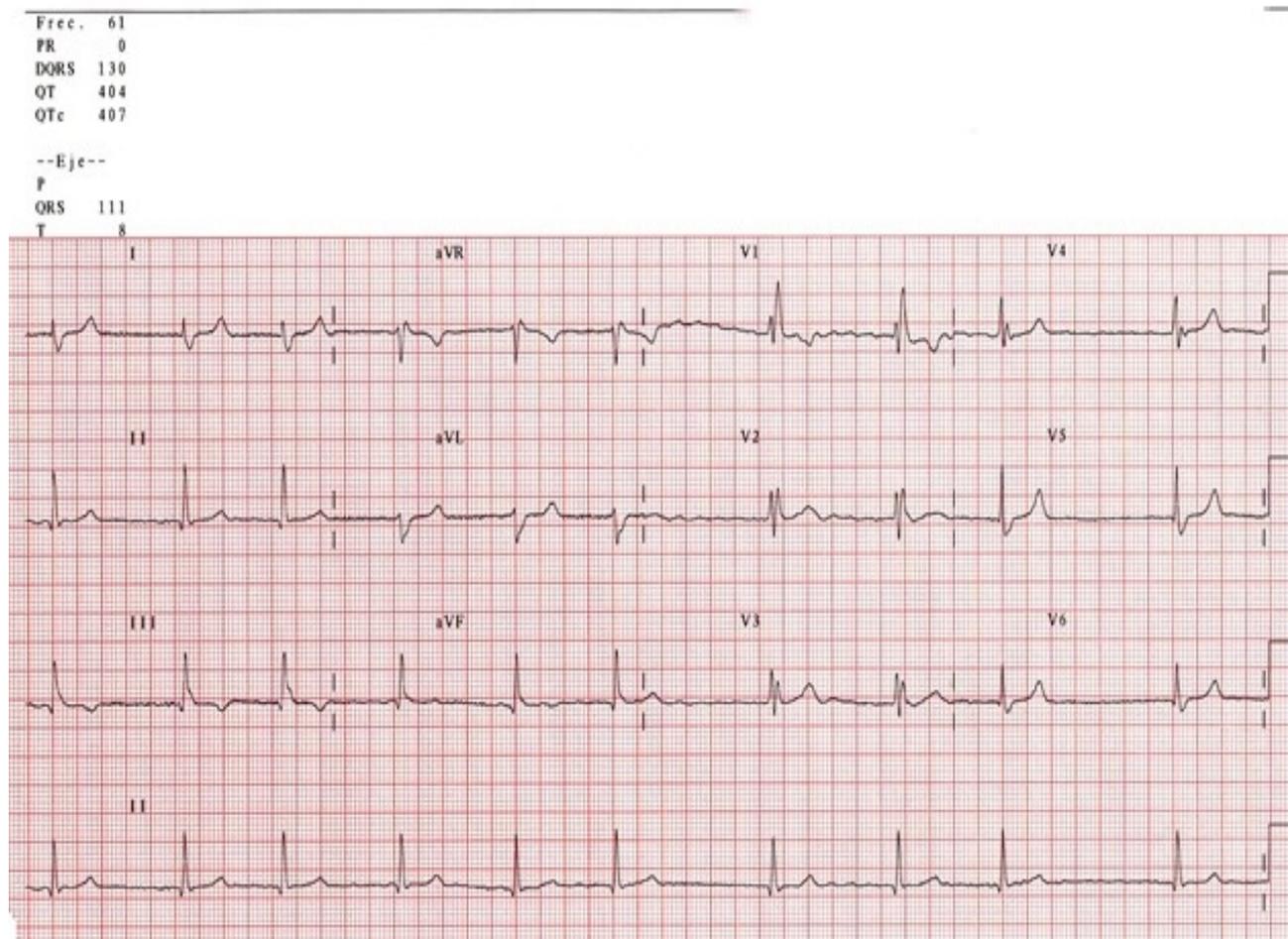
# Varón de 80 años con antecedentes de cardiopatía coronaria

Lic. Javier García Niebla

Estimados amigos, me gustaría saber vuestra opinión sobre del ECG de este paciente de 80 años hipertenso, obeso, con IAM inferior hace 15 años. ECO: Hipertrofia ventricular izquierda. Ventrículo derecho normal. No alteraciones segmentarias. FE conservada.

Un saludo:

[Javier García-Niebla](#)



## OPINIONES DE COLEGAS

Olá Estimado Javier  
Me parece con un Bloqueo Completo del Haz Derecho e Fibrilación Auricular. Pequeñitas

Q en D2 e D3 non patológicas para necrose. Los bloqueos de rama derecha sabes tu mejor que yo que ocurren en persons sanas sin gran significacion clínica e en coronarianos és bien comun tambien sin maiores preocupaciones. Lá fibrilacion puede estar ligada al HVE o a coronariopatia o a las alteraciones miocardicas atriais del anoso o todas estas razones.

Abrazos

Adail Paixao Almeida

---

Estimado Javier:

Presenta un ritmo nodal con una variación respiratoria. BRD y una probable secuela inferior por las ondas q en DII, DIII y AVF. No me impresiona una FA. En algún momento cuando se nos presentaban dudas diagnósticas como esta realizábamos una derivación transesofágica con un cable de marcapasos unido al electrodo explorador de una derivación precordial.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

---

Hola Javier, ¿qué haces despierto a estas horas? ¿Qué es lo que te llama la atención de este ECG que mandas por algún motivo? Lo que veo es una FA (línea de base de V1+ RR irregulares). Pequeña Q en II, III y aVF y BRD con R iniciales altas en V2-V3 y T positiva en V2 que esperarías - o +/- (lo he visto en infartos antiguos como imagen especular de cara infero-basal). No sé si la hipertrofia que dices que tiene puede haber modificado este patrón.

Miquel Fiol Sala

---

Caro colega Javier: minhas modestas impressões.

1) Fibrilação atrial "fina", com adequada resposta ventricular

2) BCRD

3) Não consegui identificar seqüelas eletrocardiográficas de necrose miocárdica, nem sinais de HVE (diagnosticada pelo ECO)

Aguardo o ensinamento dos que sabem muito mais do que eu!

Saudações!

Paulo Roberto Pereira Toscano

---

Queridos amigos:

Gracias por vuestras respuestas. Pero me gustaría saber cuál es la posible causa/s de desviación del eje QRS a la derecha en este paciente obeso.

Un saludo

[Javier García-Niebla](#)

---

Queridos amigos del forum, respondiendo al paciente de 80 años que envió mi querido amigo Javier Niebla.

Ante todo digo que la desviación del eje a derecha oscurece al infarto inferior Este fenómeno lo demostré (talvez alguien lo vió) en el slide 2, 3, 4 de mi publicación se observa este fenómeno. En la fig 2 se ve que la desviación del eje a la derecha esconde a un infarto inferior, que al reperfundirse el músculo desaparece la desviación a medida que el eje a la derecha se intensifica.

Bloqueo de rama derecha como se ve en este caso hay onda invertida en V1. Generalmente si el patrón del BD persiste en V2 y V3 persisten las ondas T negativas Pero en este caso en donde persiste la imagen de BD, la onda T está positiva. Yo especulo que esta T positiva se debe al infarto posterior escondido, como se ve siempre ondas positivas en V2, V3 altas en infartos inferoposteriores.

Fibrilación auricular: no se observan ondas Fs y ningún signo de actividad auricular. La única forma en descubrir la fibrilación es colocar un catéter intraauricular y se puede descubrir una pequeña área en la aurícula derecha con fibrilación. Esto es lo que yo hacía en la ICCU. Este fenómeno se llamaba en los años 60 *atrial aquicense*. ¿Qué indica ésto? Que la fibrilación es de larga data y que la aurícula izquierda está completamente fibrótica, y ningún método de conversión eléctrica o ablación lo va ayudar. Este fenómeno se debe a la hipertensión muy crónica La hipertensión periférica afecta siempre a la aurícula izquierda y al nodo auricular creando una P ancha y desdoblada (notched) con PR largo, creando la base anatómica para la fibrilación auricular con ritmo ventricular lento.

Disculpen que hago largo el análisis sabiendo que todos los foristas estan muy ocupados y no tienen tiempo para análisis largos pero a quién le va a molestar un viejo cardiólogo que acumulo datos electrocardiográficos en 54 años de profesión.  
Un fraternal abrazo

Samuel Sclarovsky

---

Bloqueo completo de rama derecha,FA, signos de IAM antiguo (ondas Q) en cara inferior. No hay signos ECG de hipertrofia.

Saludos

Eduardo Quiñones

---

Hola a todos mis amigos del foro.

En el ECG que se exhibe se observa un ritmo irregular con ondas "f" principalmente en V1 y V2 por lo cual pienso que el ritmo es una fibrilación auricular controlada. Los complejos QRS tiene un patrón S1-Q3 con un eje de la onda R en las derivaciones frontales que se ubica en los 60<sup>a</sup> y ondas Q en II, III y aVF que no cumplen con los criterios de necrosis inferior y en el plano precordial la morfología es de rR' compatible con BRD con ondas R altas en V1 y V2.

Este ECG creo que plantea más de un interrogante:

- ¿Por qué un paciente de 80 años tiene ese eje tan vertical?
- Tiene antecedentes de infarto inferior y no lo puedo diagnosticar:
  - 1) ¿La imagen se atenuó con el tiempo?
  - 2) ¿Presenta determinado grado de HBP que le resta fuerzas a la necrosis inferior?
- ¿A qué se deben las ondas R altas en V1 y V2:
  - 1) si fuese por hipertrofia septal estas deberían orientarse a la derecha y como lo demuestra la derivación I, que no presenta onda Q, esto no es así. Si se lo adjudico a aumentos de fuerzas originadas en la hipertrofia ventricular izquierda la tendría que ubicar en la región apical.
  - 2) si pienso que se debería a ausencias de fuerzas de alguna zona la debería situar en la región posterior pero profunda que se observa en V1 y V2 hacen que su presencia sea dudosa para mí.
  - 3) ¿El trastorno de conducción podría ser el responsable? SI, si además estaría involucrado en el fascículo septal.

Espero no haberlos confundido mucho más. Cordialmente

Julia Pons.

Estimado Javier, desconozco la situación clínica del paciente.

La causa de la desviación del eje eléctrico a la derecha en un paciente con FA (me resulta difícil no observar una sola muesca en DII o alguna otra derivación que no sean V1 y V2 para aseverar con certeza que se trata de una FA). Tiene un bloqueo de rama derecha que involucra hasta las derivaciones V3 y V4 que sugiere no solo un bloqueo de rama derecha sino un compromiso del VD, no menciono las presiones pulmonares, sumado a la desviación del eje eléctrico a la derecha, es el diagnóstico presuntivo de HT pulmonar, si el VD es normal, revisaría el estudio, ya que el operador no mencionó si presenta septum paradójico B que sería lo esperable en este caso. A los 80 años no presenta fibrosis de los músculos papilares, la contractilidad de ambos es normal, no presenta insuficiencia mitral, ¿cuál es el diámetro de la aurícula izquierda?. Son solo detalles que contribuirían a descartar la causa de una HT pulmonar. Dudo que no presente nada de lo anterior, en cuyo caso se podría sospechar una sobrecarga aguda, como se da en el contexto de un TEP.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

---