

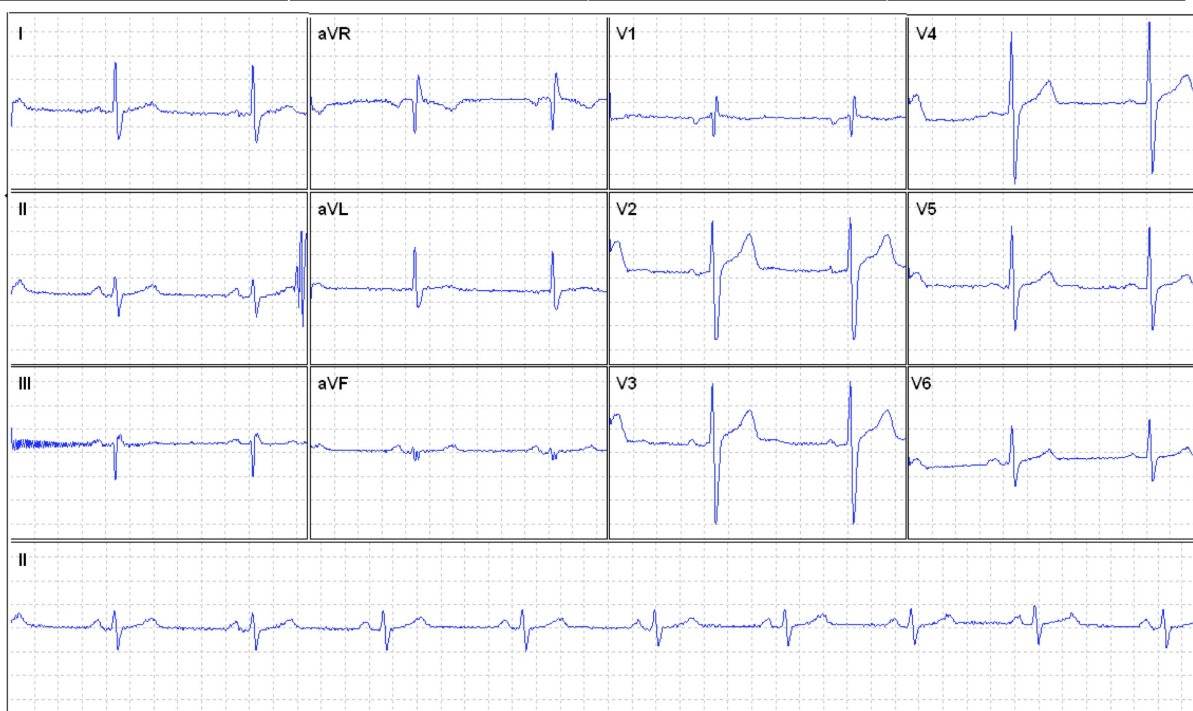
ECG de varón de 45 años, sin antecedentes y asintomático – 2007

Dr. Edgardo Schapachnik

Los dejo con este ECG y los escasos datos clínicos que aportamos.

Corresponde a un varón de 45 años, sin antecedentes, asintomático.

Pregunta: ¿Cuál es el diagnóstico electrocardiográfico?



HR Low:	52 [BPM]	Sys / Dia	QTc:	353,43 [msec]	PR:	156 [msec]	ST:	0,2 [mm]
HR Average:	52 [BPM]	BP:	QRS:	84 [msec]	QT:	380 [msec]	R-R:	1156 [msec]
HR High:	52 [BPM]							

CASO 2: VARON DE 45 AÑOS, SIN ANTECEDENTES Y ASINTOMATICO

OPINIONES DE COLEGAS

Bueno, aquí va mi elucubración: BS leve, BIRD Tipo IB, BDAM, Probable Crecimiento A.I. Por favor, les agradeceré sus comentarios y explicaciones pertinentes, necesito aprender más sobre ECG. Hasta la vista.

Dr. Ricardo Pizarro B.

Panamá.

Edgardo, ignoro la clasificación del bloqueo de rama derecha, que el Dr. Pizarro utiliza para catalogar este trazado como de tipo IB de dicho trastorno de conducción. Me gustaria pedirle al Dr. Pizarro que se explye algo más acerca de dicha clasificación. Desde ya, muchas gracias.

Dr. Jorge González Zuelgaray

Estimados Organizadores y Participantes y Dr. Jorge González Zuelgaray: Con mucho gusto respondo y me remito al Curso Normal y Patológico de ECG/VCG que prácticamente ha finalizado (si son 35 clases) que ofrece el Dr. Andrés Ricardo Pérez Riera, por internet.

En el Capítulo 12 donde se refiere al Retardo Final de conducción de Rama Derecha (BIRD) RFC Tipo I B: en la caracterización electrovectocardiográfica menciona que (en resumen): 1) SAQRS difícil de determinar, indeterminado o perpendicular al plano frontal, ... ; 2) SI, SII, SIII: onda R prominente y alago ancha de aVR; 3) VI: rS con muesca: morfología de BIRD atípica. RFC. 4) Bucle de QRS afilado o en 8 en el P Frontal, con porciones iniciales localizadas en el cuadrante inferior izq. y las finales en el cuadrante superior derecho, donde se encuentra el RFC. Y en donde nos proporciona un ECG muy parecido al del Problema que nos ocupa. El RFC Tipo I se divide en Tipo IA, IB y IC. También hay RFC Tipo II, III y IV con sus correpondientes variantes. Es muy interesante e instructivo; sinceramente les recomiendo tomar el Curso; me está ayudando un montón a entender la electrocardiografía que tanto necesito en mi àrea de trabajo: Servicio de emergencias de un Hospital General.

Dr. Ricardo Pizarro B.

Panamá.

Estimado Dr. Pizarro,

Le agradezco mucho su explicación. Después de leerla ya decidí tomar el curso. Un gran saludo.

Dr. Jorge González Zuelgaray

Estimados amigos:

En un paciente sin cardiopatía estructural, se puede explicar este electrocardiograma por la disposición que presenta el corazón en el tórax. La morfología R/S en precordiales indica dextrorrotación cardíaca y el eje a la izquierda, un corazón horizontal. Por tanto en este paciente se combinan dos rotaciones, una sobre el eje anteroposterior y la otra sobre el eje longitudinal. De todas formas habría que tener en cuenta si existe hipertrofia basal o no por la gran onda que genera el vector 3 en todas las derivaciones.

En otro orden de cosas, puede ser que la imagen en V1 sea de falso BRD debido a que V1-V2 se han ubicado altos porque la onda P es negativa de forma exclusiva. Si pudiésemos repetir el registro asegurándonos que V1-V2 se colocan en el 4º E I saldríamos de dudas.

Un cordial saludo,

Javier García Niebla

DUE –Área de Salud de El Hierro

Referente ao bonito caso do Dr Schapachnik é típico o " de livro" do que nos catalogamos como sendo atraso final de condução (AFC) (na lingua inglesa RECD: Right End Conduction Delay) por uma das divisões da rama direita em plena parede livre do VD. Os chamados bloqueios divisionais, fasciculares, parciais ou do Purkinje da rama direita. São bloqueios que ocorrem na parede livre do VD quando o ramo direito se ha dividido(após o ápex do VD na base do músculo papilar da tricúspide). Quando comprometem as três divisões concomitantemente são denominados Bloqueios Completos Divisionais do Ramo Direito Globais (BCRDG). Esta situação a encontramos em forma característica no pós-operatório de Tétrade (o tetralogia) de Fallot (T4F) e da comunicação interventricular (CIV) que tiveram por via de acesso a parede livre do VD (ventriculotomia direita). Nestes casos, a incisão cirúrgica compromete globalmente o Purkinje parietal do ramo direito causando em 80% a 95% dos casos o típico padrão de BCRD.

Os bloqueios seletivos no território de uma das três divisões do ramo direito na parede livre do VD são denominados Atrasos Finais de Condução (AFC). Eletrovetorcardiograficamente, este diagnóstico é sempre apenas de suspeita, uma vez que, o único elemento constante é a presença do

Atraso Final de Condução localizado a direita, na porção superior, inferior ou média no plano frontal ou, o qual pode ou não ser consequência de verdadeira alteração dromótopa. Na maioria dos casos, os AFC representam variantes normais e sua importância e interesse clínico, radica no fato que podem originar padrões eletrovetorcardiográficos facilmente confundíveis com: 1) Os Bloqueios Divisionais Esquerdos: Bloqueio Divisional Ântero-Superior Esquerdo (BDASE) e Bloqueio Divisional Pósterio-Inferior Esquerdo (BDPIE); 2) Áreas eletricamente inativas (pseudo-áreas eletricamente inativas) tanto da parede anterior quanto da inferior. 3) São encontrados com elevada frequência na síndrome de Brugada. Eu mostrei o primeiro VCG no mundo em Brugada que tinha AFC especificamente na via de saída do VD. O capítulo está disponível na internet (The Brugada Syndrome From Bench to Bedside Editor Charles Antzelevich com os editores associados Pedro Brugada, Joseph Brugada e Ramón Brugada - 2005 - Blackwell - Futura. chapter 7 denominado "Value of 12 lead electrocardiogram and derived methodologies in the diagnosis of Brugada disease".pág; 87-110) Estas curiosas características destes AFC fazem relevantes a perfeita caracterização e individualização.

Em este caso em particular vocês poderão observar que tanto no PF quanto nas precordiais há uma tendência ao isodifasismo em todas as derivações o que assinala que o eixo tem uma tendência a ser indeterminado ou perpendicular ao PF. padrão trifásico em V1, SII>SI e pequeno e claro atraso final ostensível em aVR

Na parede livre do Purkinje direito encontramos 3 contingentes de fibras.

I) DIVISÃO SUPERIOR OU SUBPULMONAR DO RAMO DIREITO;

II) DIVISÃO INFERIOR DO RAMO DIREITO;

III) DIVISÃO MÉDIA DO RAMO DIREITO

abraco a todos

Andrés R. Pérez Riera

Edgardo,

en relacion con el ECG del paciente de 45 años, asintomático, en mi opinión existe un retardo de conducción en la rama derecha (como explico Andrés Pérez Riera). En principio, la similitud entre V1 y aVR hace pensar en una ubicación alta de la derivación precordial, pero eso fue chequeado y no era el caso. También el pectus excavatum puede ocasionar una morfología en V1 con esas características (y no era el caso). Finalmente, lo más difícil es excluir que la morfología de V1 se trate de una variante normal (la onda "r" de escasa magnitud, la R' menor de 6 mm y la relación R'/S menor de 1 apoyan esta posibilidad, de acuerdo con Tapia y Proudfit - Circulation 1960; 21:28). En cuanto al hemibloqueo anterior izquierdo, faltan criterios relevantes como el eje del QRS en el

plano frontal, que no alcanza a -30 grados (en presencia de un retardo de conducción en la rama derecha, debemos calcular el eje de los primeros 40-60 mseg). En el hemibloqueo anterior, cuando el eje está en el cuadrante superior izquierdo, siempre la S de DIII es mas profunda que en DII, y lo inverso ocurre cuando el eje apunta al cuadrante superior derecho (hemibloqueo anterior extremo), pero en ambas situaciones la S de aVF tiene amplitud intermedia entre las otras dos derivaciones de la cara inferior (lo que no ocurre en este caso).

En lo personal, la discusión de este trazado en el foro me ha resultado super-estimulante y me permitio tomar contacto con el curso de ECG-VCG de Andres Perez Riera (veo que no soy el único).

Un fuerte abrazo.

Jorge González Zuelgaray