

# Fuerzas Anteriores Prominentes (FAP) en el ECG - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Debe llamar la atención la presencia de Fuerzas Anteriores Prominentes (FAP) en ausencia de sobrecarga derecha, infarto dorsal (actual lateral) o WPW tipo A.

Importantes disturbios dromótopos intraventriculares “*per se*” puede dislocar fuertemente para adelante el bucle del QRS con corazones morfológicamente normales.

Siempre que se encuentre un ECG con FAP se deben tener en cuenta las siguientes posibilidades:

1) Variante normal en adultos: En el adulto FAP se observan en 1% de los ECG. Pueden ser secundarias a:

1a) Rotación anti-horaria del corazón en el eje longitudinal y consecuente dislocamiento para la derecha de la zona de transición para la izquierda. (zona de transición precoz es decir a la derecha de V2)

1b) Corazón de atleta: "ATHLETE HEART SYNDROME WITH PAF". La presencia de este patrón depende de tres factores:

tipo de deporte practicado,  
duración del ejercicio y  
género del atleta.

Las características del ECG son: bradiarritmias, repolarización precoz, aumento del voltaje de los complejos en especial en hombres negros, BIRD, BCRD y posibles FAP.

2) FAP se observan en el ECG del recién nacido, lactante y niños hasta los 10 años: En estos caso por la natural predominio derecho inicial.

- 3) Mala colocación de los electrodos precordiales: Troca de electrodos precordiales. La colocación inadecuada de las precordiales puede causar progresión inadecuada de la onda R de V1 a V6.
- 4) Sobrecarga ventricular derecha de los tipos vectocardiográficos A (mas severa) o B (moderada o leve): en niños de causas congénitas en adultos con hipertensión pulmonar. El tipo A tiene un bucle del QRS de rotación horaria en adultos mientras que en el tipo B la rotación permanece anti-horaria o en 8 es decir que no se invierte.
- 5) Dextroposición del corazón (pseudo-dextrocardia) o dextrocardia extrínseca: como consecuencia de alteraciones morfológicas de la caja torácica, procesos expansivos del mediastino y enfermedades pulmonares como pneumectomia izquierda o pleurales. Todas estas causas por dislocamiento del corazón.
- 6) Hipertrofia septal y consecuente aumento del tamaño del primer vector, vector del tabique de Tranchesi y Peñaloza del 1/3 medio de la superficie septal izquierda (SVI) que aumenta el voltaje de la R de V1-V2. Esta variedad de SVI es predominantemente la excéntrica, volumétrica o diastólica.
- 7) Infarto antiguamente dorsal (hoy se sabe que es lateral por los trabajos pioneros del Dr. Bayés de Luna).
- 8) BCRD cualquiera de los 3 tipos: tipo Grishman, Cabrera o tipo III de Kennedy. Todo el bucle del QRS en el plano horizontal rota en forma horaria.
- 9) Wolff-Parkinson-White con haz anómalo de localización posterior (Tipo A de la clasificación de Rosenbaum).
- 10) Cardiomiopatía hipertrófica sea en su forma obstructiva cuanto en la no obstructiva.

11) Distrofia muscular pseudo hipertrófica infantil maligna de Duchenne-Erb: Se asocia a ondas Q en V5-V6 DI y aVL.

12) Endomiocardiofibrosis: Esta es una enfermedad de causa desconocida, prevalente en los trópicos (Brasil) en la cual se observa formación de fibrosis en el endocardio extendiéndose hacia el subendocardio de la vía de entrada, ápex de ambos ventrículos. Esto resulta en rigidez endocárdica, insuficiencia valvar mitro-tricuspídea secundaria a compromiso progresivo de los músculos papilares, reducción de las cavidades ventriculares, restricción al llenado con severa disfunción sistólica biventricular y consecuente sobrecarga biauricular.

13) Bloqueo del fascículo medio-septal conocido en la literatura anglosajona como LEFT SEPTAL FASCICULAR BLOCK el cual puede estar solo o aislado o asociado a BCRD o bloqueos divisionales o fasciculares izquierdos. El diagnóstico es inequívoco en los casos intermitentes que comprueba que estas FAP obedecen a disturbio dromótopo y no a otra cosa.

14) Combinación de las anteriores.

#### Referencia

1) Uchida AH, MoffaPJ, Pérez Riera AR, et al. Exercise-induced Left septal Fascicular Block: An Expression of Severe Myocardial Ischemia. Indian Pacing and Electrophysiology Journal; 2006; 6(2):135-138. Online: <http://www.ipej.org/0602/uchida.htm>