

Infartos íferobasales - 2015

Dr. Andrés R. Pérez Riera

La pared dorsal o "**estrictamente posterior**" no existe!!!!!! ella es la parte basal (segmento 4 del ojo de buey) de la pared inferior como lo demuestran los estudios de correlación ECG/MRI.

Aproximadamente en el 20% de los infartos íferobasales (antiguos dorsales) puede observarse un patrón trifásico de baja amplitud en V1 tipo **rsr'** o **rSr'** que nos puede llevar al diagnóstico erróneo de **disturbio de conducción por la rama derecha**.

La explicación para este patrón la explica claramente el VCG.

Veamos: en estos infartos el vector inicial de los **10 a 20ms** iniciales (vector 1, vector 1AM, vector del tercio medio septal o vector de Peñaloza-Tranchesí), el vector de los **20 a 40ms** (vector 2 o vector del septo bajo), y el vector de los **40 a 60ms** (vector 3 o vector de las paredes libres de ambos ventrículos), tienen características normales desde que estos vectores representan la despolarización del septo medio, bajo y paredes libres sucesivamente no afectados en los infartos íferobasales.

Mas a partir de los **60ms hasta los 90 o 100ms** de la despolarización ventricular (**vector de los 30ms a 40ms finales o vector 4 basal**) correspondientes a la region ífero-basal afectada por el infarto ocurre un desplazamiento anterior del bucle en el plano horizontal representado por el vector final basal o vector 4 por predominancia de las fuerzas anteriores basales predominante sobre las basales localizadas atrás muertas (región ífero-basal muerta) esto explica la **r'** final en estos casos.