

Electro-Reto

Respuesta al ECG de septiembre de 2020

Response to ECG, September 2020

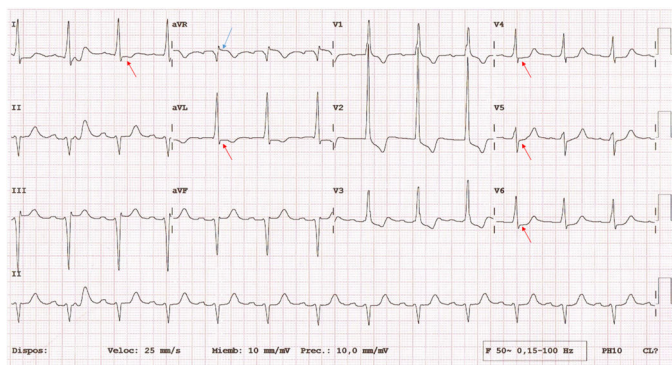
Kinán Rajjoub Al-Mahdi^{a,*}, Juan Diego Sánchez Vega^b y Ez Alddin Rajjoub Al-Mahdi^b^a Pabellón Docente, Hospital Universitario 12 de Octubre, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Figura 1.

CRITERIOS PROPUESTOS DE BLOQUEO DE FIBRAS MEDIAS SEPTALES

Fuerzas anteriores prominentes: gran R en precordiales derechas-intermedias (R V2 > 15 mm), creciente de V1 a V2 o V3, y decreciente de V2 o V3 a V4-V6.

Ausencia del primer vector septal (1_{AM}): no hay q inicial V5-6 ó r V1-2

Prolongación en tiempo de activación septal: TDI en V1-V2 (≥ 35 ms), aunque el BFMS no genera un QRS ancho (>120 ms) por sí solo.

Ondas T negativas en precordiales derechas

Figura 2.

El ECG basal muestra un bloqueo avanzado de rama derecha y ondas T negativas en aVF y III.

En la figura 1 se observa un bloqueo auriculoventricular de primer grado y QRS de 120 ms con imagen de hemibloqueo anterosuperior y fuerzas anteriores prominentes (FAP), con descenso ST-T (flechas ascendentes) y ascenso ST-T en aVR (flecha descendente) y cambios en la repolarización residuales de la isquemia.

El diagnóstico diferencial de FAP incluye preexcitación por vía lateral izquierda (opción 2 falsa, PR largo), infarto inferolateral (opción 3 falsa, las alteraciones difusas en la repolarización indican enfermedad de tronco/multivaso), crecimiento del ventrículo derecho y bloqueo de las fibras medias septales (BFMS)¹. La embolia aguda de pulmón, a diferencia de la hipertensión pulmonar crónica, no cursa con R monofásica en precordiales derechas (opción 1, falsa).

La transitoriedad de las FAP, junto con el contexto clínico y el cumplimiento de los criterios de BFMS (figura 2)², condujo a su diagnóstico (opción 4, correcta). El BFMS se desarrolla predominantemente por obstrucción proximal de la arteria descendente anterior, previa a la primera rama perforante septal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bayés de Luna A, Riera A, Baranchuk A, et al. Electrocardiographic manifestation of the middle fibers/septal fascicle block: a consensus report. *J Electrocardiol*. 2012;45:454–460.
2. Pérez-Riera A, Barbosa-Barros R, Baranchuk A. *Left septal fascicular block: characterization, differential diagnosis and clinical significance*. 1.^a ed. Springer Publishing Company-Londres: 2016. p. 35–40.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.01.013>

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: krajjoub@ucm.es (K. Rajjoub Al-Mahdi).
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.01.014>

0300-8932/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Cardiología.