

## ***El complejo QR de Vi en pacientes mitrales***

Por los Dres.:

Carlota Guzmán de la Garza. Leandro  
González Abreu, Zoila M. Gómez Leonard,  
Arquímedes R. Castellanos

Hace tiempo que diferentes investigadores han llamado la atención sobre la presencia de complejos ventriculares del tipo QR en las derivaciones precordiales derechas, en ausencia de infarto del miocardio.

En 1945 *Goldberger*,<sup>1</sup> al hacer referencia a estas morfologías, las refería a la considerable rotación del corazón que permitía que las porciones basales del ventrículo izquierdo se pusieran en contacto con las derivaciones precordiales derechas.

*Wilson*<sup>1</sup> en 1947 escribió que las hipertrofias ventriculares derechas, al producir disminución de la densidad de las fibras de Purkinje, determinaban cierto grado de retardo de la activación en el sitio de la pared libre por debajo del electrodo explorador.

*Kosstnan*<sup>2</sup> refirió estos complejos a la activación de la crista supraventricularis.

En 1952 *Sodi*<sup>3</sup> explicó estos complejos QR por potenciales auriculares derechos transmitidos a las precordiales

VI y V2 en los crecimientos importantes de la aurícula derecha. Desde entonces este concepto se ha generalizado y en la actualidad se acepta casi sin discusión la explicación emitida por Sodi.

Recientemente hemos observado que algunos pacientes sin infarto del miocardio, presentan complejos QR en VI V en ellos tro es posible afirmar la existencia de crecimiento de la aurícula derecha. Estos casos tienen como denominador común crecimiento de la aurícula izquierda, que sobresale por el perfil derecho de la silueta cardíaca.

Partiendo de esta observación hemos estudiado algunos casos que constituyen la base del presente trabajo.

CASO 1. R.G.T. Paciente del sexo masculino de 27 años, con diagnóstico clínico de estenosis mitral pura compensada. Operado de comisurotomía mitral. En este paciente se sugirió el diagnóstico de insuficiencia tricuspídea por la presencia de QR en VI, que no pudo comprobarse por ningún medio.

Presenta los siguientes datos de cate-terismo intracardiaco:

	Presión sistólica Diastólica Media
Aurícula derecha	— — 3.2
Ventrículo derecho	67 1.2 29
Capilar pulmonar	— — 27

14 Cardiólogos en el Servicio de Cardiología del Hospital Docente "Cmdte. Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, Habana, Cuba.

15 Residentes en el Servicio de Cardiología en el Hospital Docente "Cmdte. Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, Habana, Cuba.

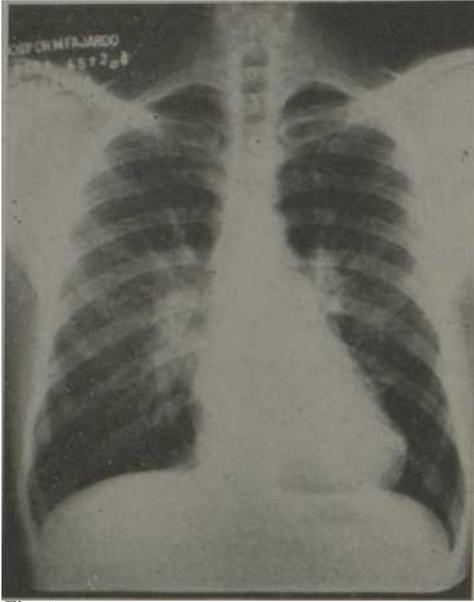


Fig. 1

La placa de tórax (Fig. 1) muestra hilos pulmonares sugestivos de hipertensión venocapilar. Doble opacidad en el contorno derecho del área cardíaca

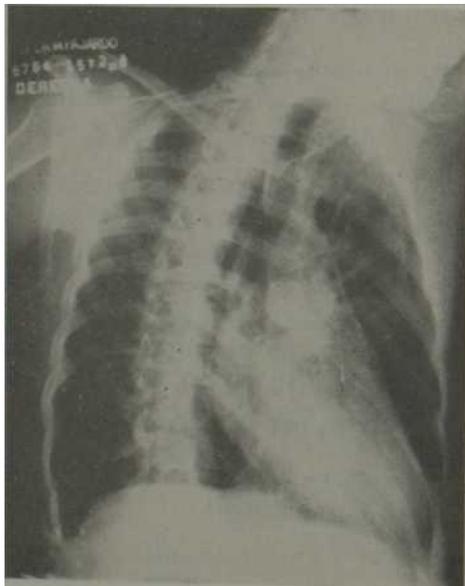


Fig. 2

que corresponde en su parte superior a la saliente de la aurícula izquierda. En la oblicua derecha anterior (ODA) (Fig. 2) se observa el crecimiento de la aurícula izquierda y la claridad retrocardíaca supradiafragmática que habla de una aurícula derecha no crecida.

El electrocardiograma (Fig. 3) tiene un eje de QRS en  $+85^\circ$ ; onda P b i modal, con un primer modo de menor voltaje que el segundo en Di; AP en  $-40^\circ$ ; P3 de 0.14" de duración, difásica con mayor negatividad en VI; datos todos de crecimiento de aurícula

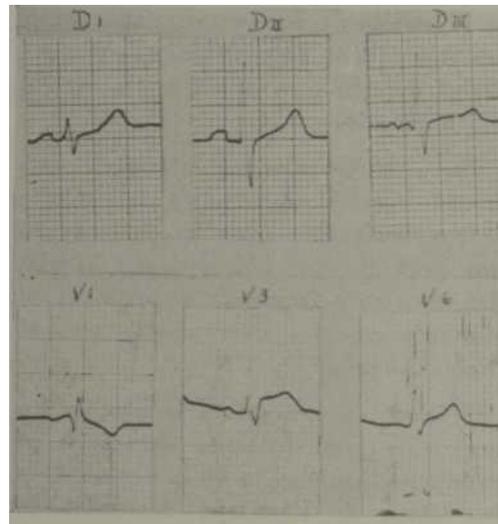


Fig. 3

izquierda. Llama la atención la presencia de QR en VI sin otro dato de crecimiento de aurícula derecha.

CASO II. S.A. 1. Paciente del sexo masculino de 23 años de edad con diagnóstico clínico de estenosis mitral compensada. Operado de comisurotomía mitral. En la necropsia se describió crecimiento de aurícula izquierda y ventrículo derecho.

Los datos de cateterismo fueron los siguientes:

	Presión
	sistólica Diastólica Media
Aurícula derecha	— — 6
Ventrículo derecho	108 7.6 52
Capilar pulmonar	— — 29

La placa de tórax (Fig. 4) muestra un perfil derecho del área cardíaca que hace poca saliente, con doble opacidad

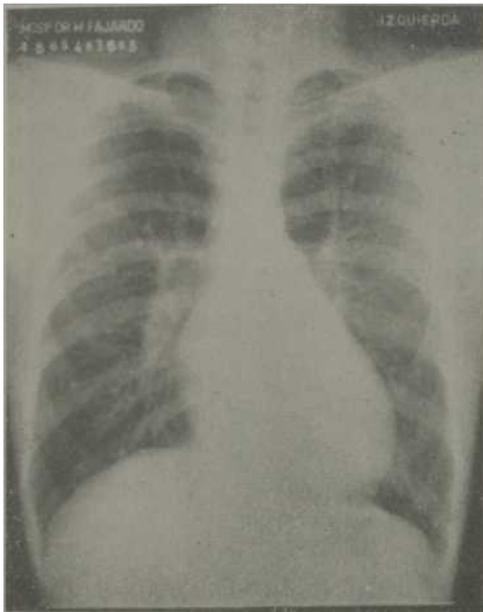


Fig. 4

que en su parte superior corresponde a la aurícula izquierda. En la ODA (Fig. 5), muesca alta del esófago a la altura que señalamos en la proyección de frente para el contorno de la aurícula izquierda crecida.

El electrocardiograma (Fig. 6) muestra datos de crecimiento de aurícula izquierda: P bimodal con primer modo pequeño en DI; AP a +

30°; difasismo de P en VI con importante negatividad y P de tipo bimodal en todas las precordiales. Crecimiento de ventrículo derecho y complejo QR en VI.

CASO III. L.C.O. Paciente del sexo femenino, de 17 años de edad, con diag-

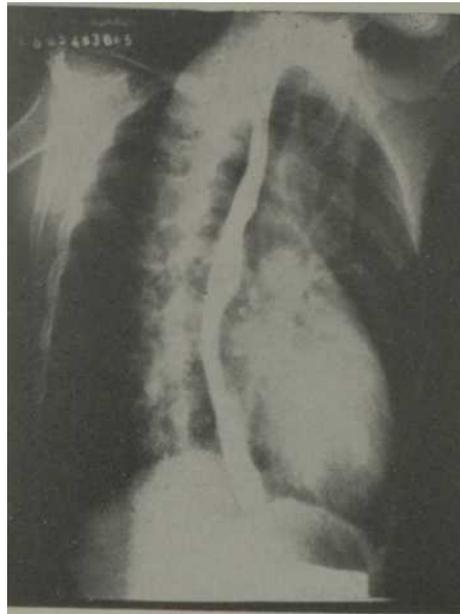


Fig. 5

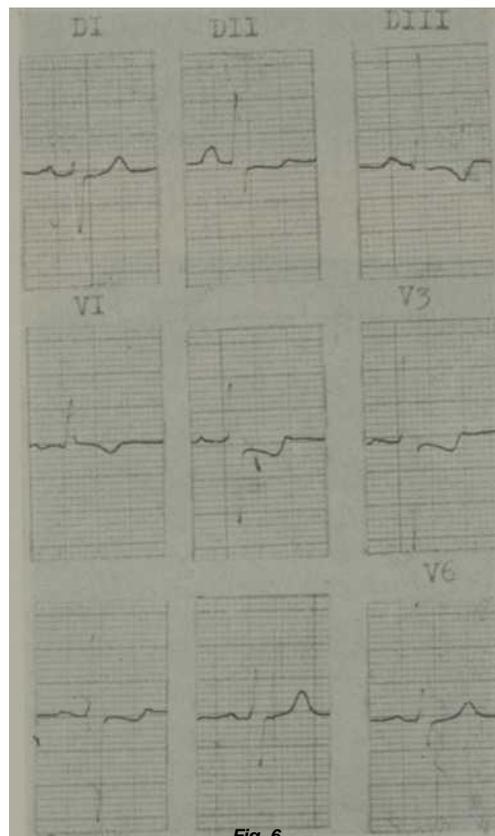


Fig. 6

nóstico de doble lesión mitral. No se encontraron datos clínicos de insuficiencia tricuspídea y se estimó (pie la insuficiencia mitral era predominante.

La placa del tórax (Fig. 7) muestra una importante cardiomegalia con arco

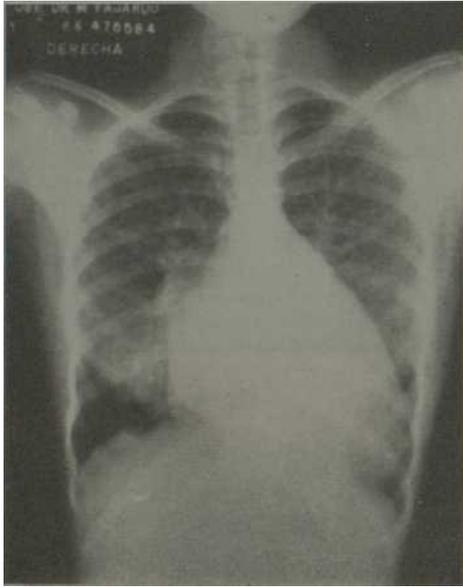


Fig. 7

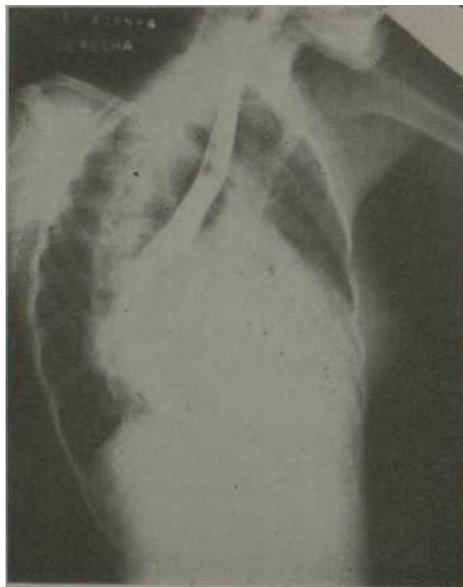


Fig. 8

inferior derecho muy prominente que a nuestra manera de ver está constituido por una enorme aurícula izquierda. Obsérvese el doble contorno con mayor opacidad superior que corresponde a la aurícula izquierda como puede verse en la ODA (Fig. 8).

El electrocardiograma I (Fig. 9) presenta P bimodal en DI con un primer modo pequeño, P<sub>v</sub> de 2.5 mm con vértice tardío que corresponde al tiempo en que se activa la aurícula izquierda. El difasismo de P en VI es lento, con fase positiva pequeña y gran negatividad. Obsérvese el complejo auricular QR de VI.

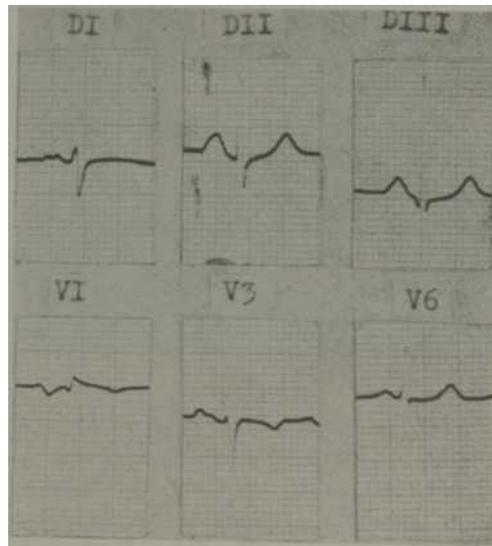


Fig. 9

(CASO IV. B.G.V. Paciente del sexo femenino de 37 años, con diagnóstico clínico de estenosis mitral pura, con fibrilación auricular. Operada de comisurotomía mitral. Con las siguientes cifras de presiones intracavitarias:

Presión  
sistólica Diastólica Media

Aurícula derecha — — 0  
Ventrículo derecho 58 1.7 21.76  
Capilar pulmonar — — 22

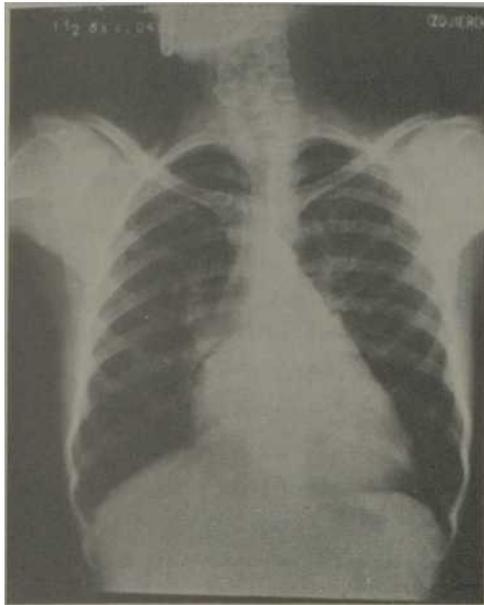


Fig. 10

La placa de tórax (Fig. 10) muestra silueta cardíaca de mitral, coir moderada cardiomegalia y doble contorno en el perfil derecho por crecimiento impor-

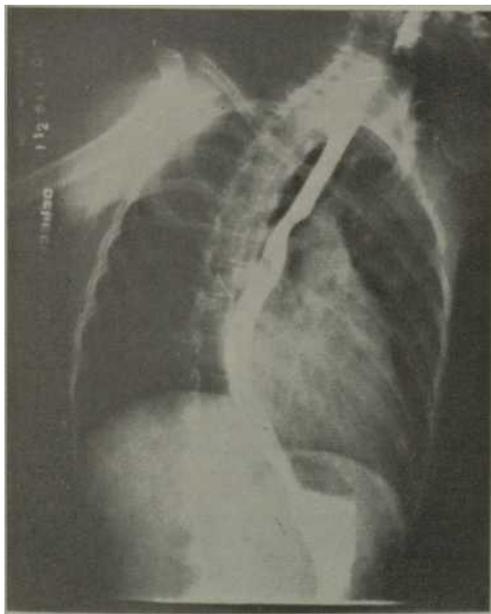


Fig. 11

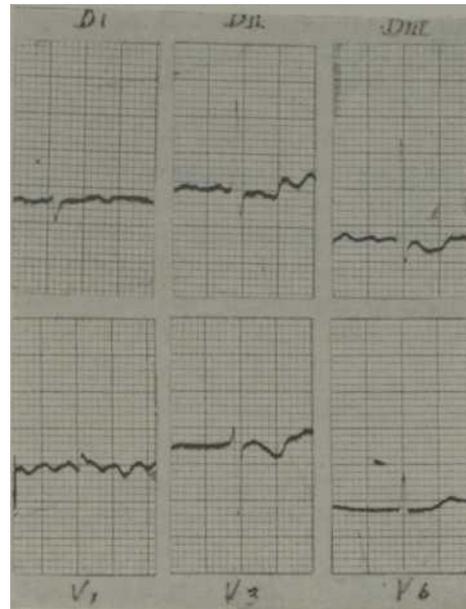


Fig. 12

tante de la aurícula izquierda, lo que se comprueba en la ODA (Fig. 11).

El electrocardiograma muestra fibrilación auricular (Fig. 12) y un pequeño complejo QR en VI.

#### COMENTARIO

Pensamos que en la gran mayoría de los casos con diferentes cardiopatías en los que se excluye el infarto del miocardio de localización septal, la presencia de complejos QR en las derivaciones precordiales derechas, sugiere crecimiento fie la aurícula derecha. Sin embargo, estamos convencidos que en ocasiones la aurícula derecha es de tamaño normal y el complejo auricular QR aparece en las precordiales derechas.

En estos casos, la aurícula izquierda crecida, al hacer prominencia por el contorno derecho del corazón, puede ser la responsable del registro de complejos auriculares izquierdos en los sitios donde

difícilmente se proyecta la mencionada aurícula, por su situación izquierda y posterior.

#### RESUMEN

Se presentan 4 casos de pacientes con valvulopatía mitral cuyos electrocardiogramas mostraban complejos QR en VI. Ninguno presentaba evidencia de crecimiento de aurícula derecha según las investigaciones clínica, radiológica o anatómica; ni datos hemodinámicos de so-

brecarga de la aurícula derecha. Todo: en cambio, tenían importante crecimiento de la aurícula izquierda.

Se señala como posible explicación de la existencia de complejos auriculares QR en VI, el crecimiento de aurícula izquierda, que al sobresalir por el perfil derecho de la silueta cardíaca, trasmite a VI potencial auricular izquierdo.

#### BIBLIOGRAFIA

0. —Goldberger, E.: The differentiation of normal from abnormal Q waves. *Am. Heart J.* 30: 341, 1945.
1. —Kossmann, Ch., Berger, A. I., Huder, H., Fürstlik, J., Briller, S. A., and Donnelly, J. H.: Intracardiac and intravascular potentials resulting from electrical activity of the Normal Human Heart. *Circulation.* 2: 10, 1950.
2. —Sodi. P. J., Bisteni, A.: Sonic views on the significance of qR and QR type complexes in right precordial leads in the absence of myocardial infarction. *Am. Heart J.* 43: 716, 1952.
3. —Wilson, F. A., Rosenbaum, F. F., and Johnston, F. D.: Interpretation of the ventricular complex of the electrocardiogram. *Advances Int. Med.* 2: 1, 1947.