

## PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 44

---

Juan Karlo Urrea Zapata, MD\*

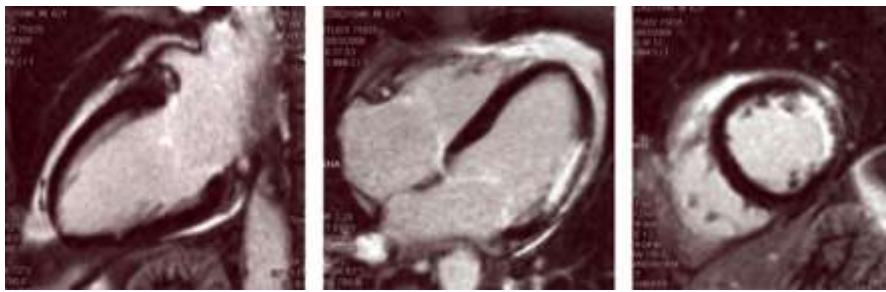
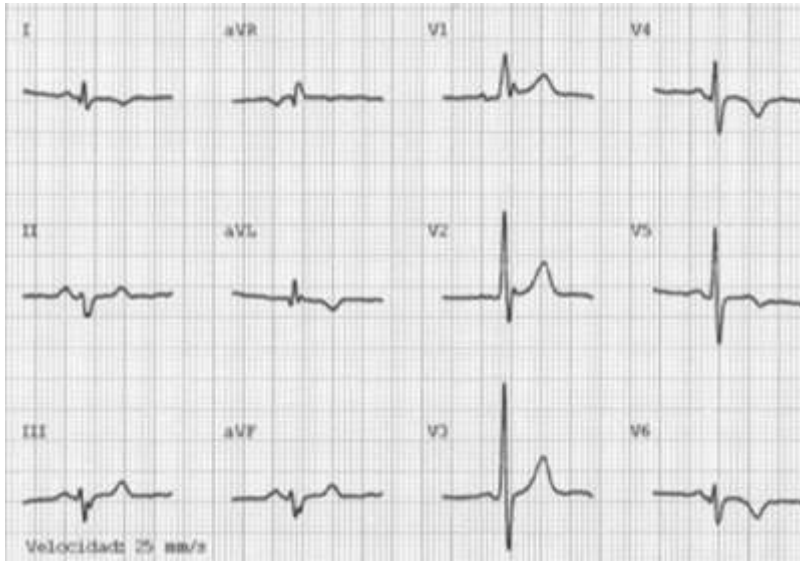
*“El final de un dogma electrocardiográfico: la onda R prominente en V1 es causado por un infarto lateral y no posterior”*

**THE END OF AN ELECTROCARDIOGRAPHIC DOGMA: A PROMINENT R WAVE IN V1 IS CAUSED BY A LATERAL NOT POSTERIOR MYOCARDIAL INFARCTION—NEW EVIDENCE BASED ON CONTRAST-ENHANCED CARDIAC MAGNETIC RESONANCE—ELECTROCARDIOGRAM CORRELATIONS**

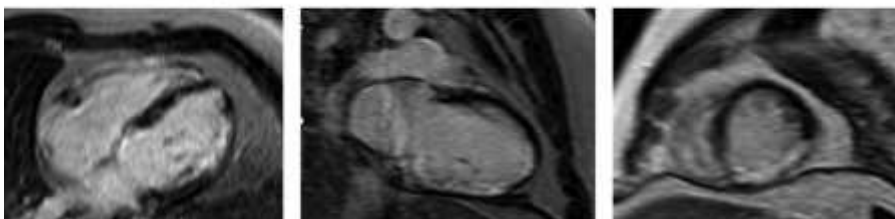
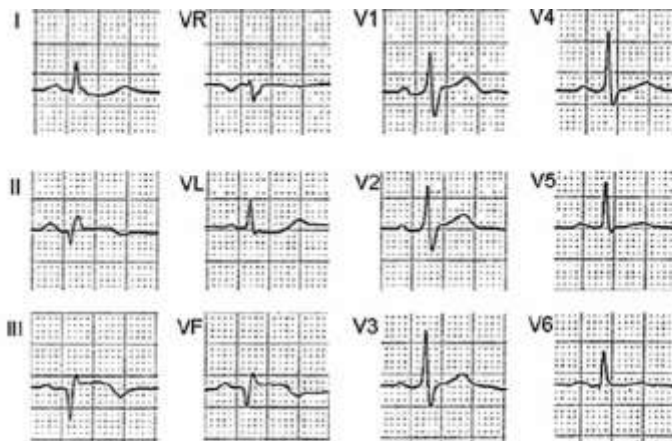
Antonio Bayés de Luna, Daniele Rovai, Guillem Pons Llado, Anton Gorgels, Francesc Carreras, Diego Goldwasser, and Raymond J. Kim. *European Heart Journal* (2015) 36, 959–964.

En este artículo de opinión, se busca cambiar la terminología en la interpretación de los cambios electrocardiográficos relacionados con el síndrome coronario agudo, especialmente con la correlación de las imágenes de resonancia magnética nuclear de corazón (RMN), tomándose hoy en día como el gold estándar en la descripción anatómica de cada una de las estructuras cardíacas. En un análisis multicéntrico de 237 pacientes con infarto inferior, lateral e inferolateral siendo seguidos con electrocardiografía y RMN. Con este análisis y la opinión liderada del Dr Bayés de Luna, podemos concluir con los siguientes puntos que son útiles para la práctica clínica:

1. Clásicamente la onda R prominente y ancha en V1, en ausencia de hipertrofia ventricular izquierda, bloqueo completo de rama derecha o Wolff Parkinson White, es considerado un signo de infarto de pared posterior.
2. En los pacientes con dominancia derecha, la pared inferior es perfundida por la coronaria derecha mientras que la pared lateral lo es por la arteria circunfleja.
3. La presencia de ondas R prominentes en las derivaciones precordiales derechas (V1 a V3) identifican a un subgrupo de pacientes con infartos grandes comparado cuando no hay este hallazgo en el ECG.
4. Los infartos de pared lateral producen más frecuentemente una ruptura cardíaca comparado con los infartos de pared inferior. Estos últimos comparados con los infartos de pared lateral desarrollan más frecuentemente muerte súbita arrítmica y disfunción del músculo papilar posteromedial con insuficiencia mitral aguda.
5. En este análisis con RMN, la presencia de ondas R prominentes en V1 muestran una correlación precisa con el compromiso de la pared lateral y no con compromiso de la pared inferobasal (previamente conocida como posterior) como lo demuestra el siguiente electrocardiograma e imagen de RMN:



6. Cuando el hallazgo relacionado a la elevación del ST en derivaciones de la pared inferior (DII-DIII-aVF) y hay R en V1, se configura el verdadero infarto inferolateral como lo demuestra la siguiente figura:



7. Para tener en cuenta este hallazgo electrocardiográfico de compromiso lateral por la R prominente en V1, no puede haber:
- Hipertrofia ventricular derecha
  - Bloqueo completo de rama derecha
  - Síndrome de WPW
  - Cardiomiopatía hipertrófica
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa
  - Variantes normales de levorotación extrema

Como lo propone el artículo, por décadas se aceptó que la R prominente en V1 era más por infarto inferobasal o antiguamente posterior, pero con las nuevas técnicas de imagen, es tiempo que se llame a estos cambios con su respectiva representación anatómica, y por esto este hallazgo (R prominente en V1) en el curso de un síndrome coronario agudo refleja un infarto lateral y usualmente grande o extenso. Y proponen que esto sea tenido en cuenta en la enseñanza de las guías de electrocardiografía.

**Referencia:**

[doi:10.1093/eurheartj/ehv035](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv035)

---

**EDITOR**

\*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.