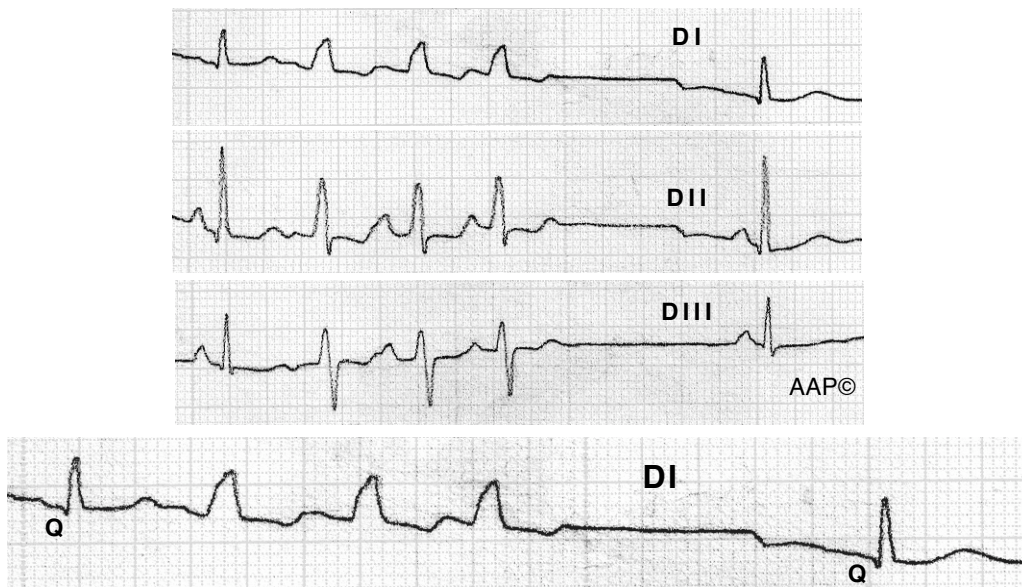


## Bloqueo incompleto de rama izquierda

Implica un retraso de la conducción en la rama izquierda respecto a la derecha, con una activación septal inicial de D a I, y la pérdida de la onda Q septal en todos los casos. Al contrario que en el BRIHH, la rama izquierda contribuye finalmente a la activación del septo y de la pared ventricular.



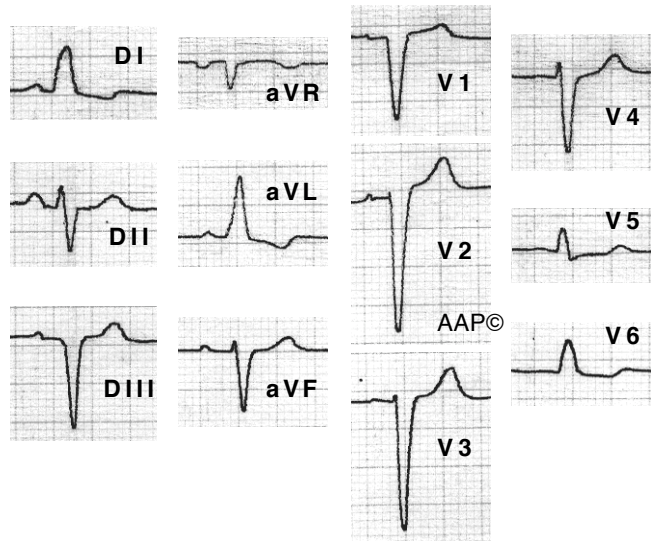
Enferma de 70 años con cardiopatía hipertensiva y EPOC moderada con BIRIHH y BRIHH. La diferencia principal con el BRIHH yace en la duración del complejo QRS (el 2º complejo corresponde a un BRIHH y el 1r y 3r complejos corresponden a un BIRIHH)



Enfermo de 72 años hipertenso con una pequeña pauta de TPSV (2º, 3r y 4º complejos) que se conduce con BIRIHH. Se aprecia como con su aparición se pierde la onda Q septal.

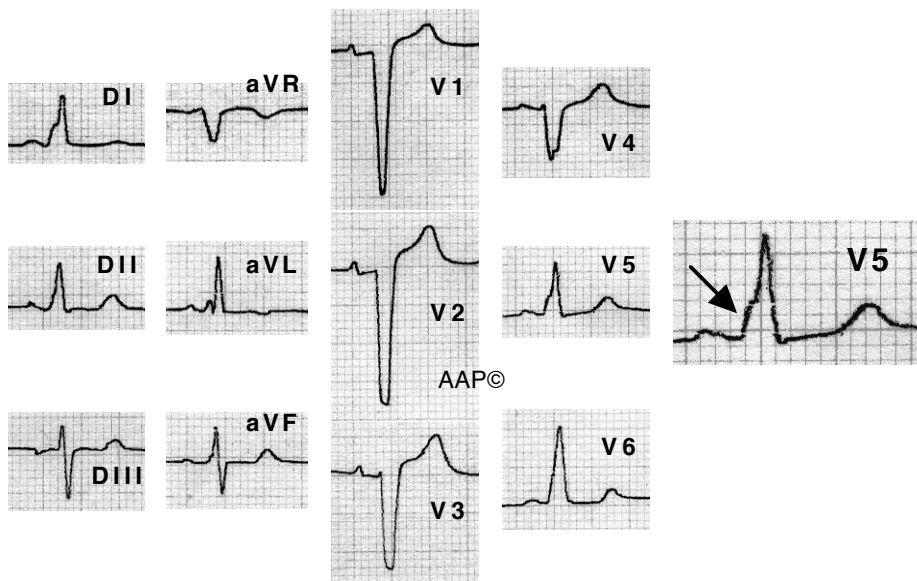
Los hallazgos más habituales son:

QRS de 0.10 a 0.12 seg. con pérdida de la onda Q septal.



Enferma de 74 años con HTA.

Muesca en la rama ascendente del QRS en las precordiales izquierdas.



Enferma de 74 años con antecedentes de embolismo pulmonar submasivo 6 años antes y posible cardiopatía isquémica. La muesca (flecha negra) en la rama ascendente del QRS bien visible en DI y en V5, no debe confundirse con una onda delta.