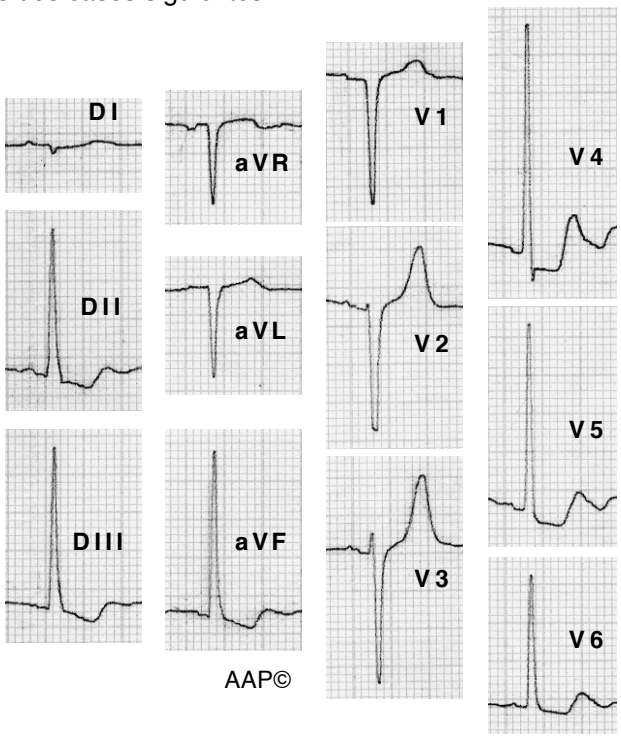
HVI. Hay que recordar que ...

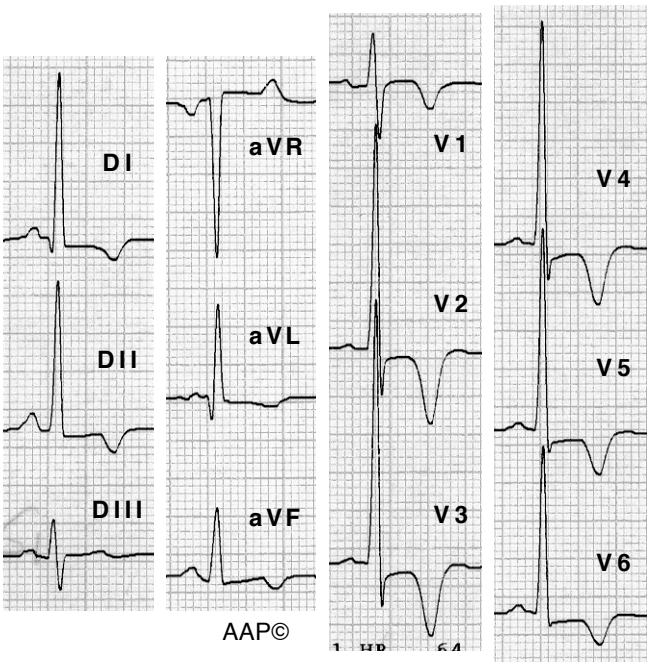
El aumento del voltaje de los complejos QRS depende, además de la masa muscular, de otros factores como el volumen sanguíneo intracavitario, la existencia de zonas de fibrosis, la proximidad del corazón a la pared torácica y su posición dentro del tórax, las propiedades conductoras de los órganos intratorácicos, las presiones intraventriculares y transmurales y quizás la inscripción sin oposición de una parte del QRS debida a la activación retardada. **Y así podremos ver casos con:**

Una **imagen exagerada** de hipertrofia ventricular izquierda que no se corresponde con la hipertrofia real, tal como se puede ver en los dos casos siguientes:



AAP©

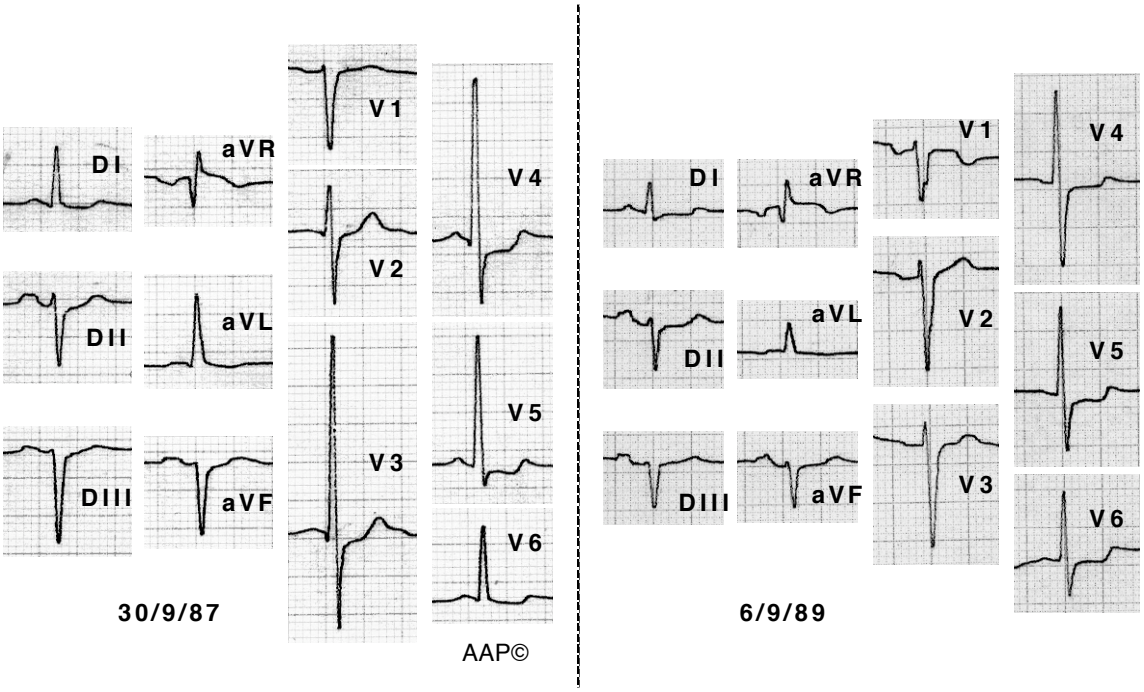
Enferma de 73 años, hipertensa y con un peso de 33 Kg. Esta circunstancia hace que los voltajes estén magnificados.



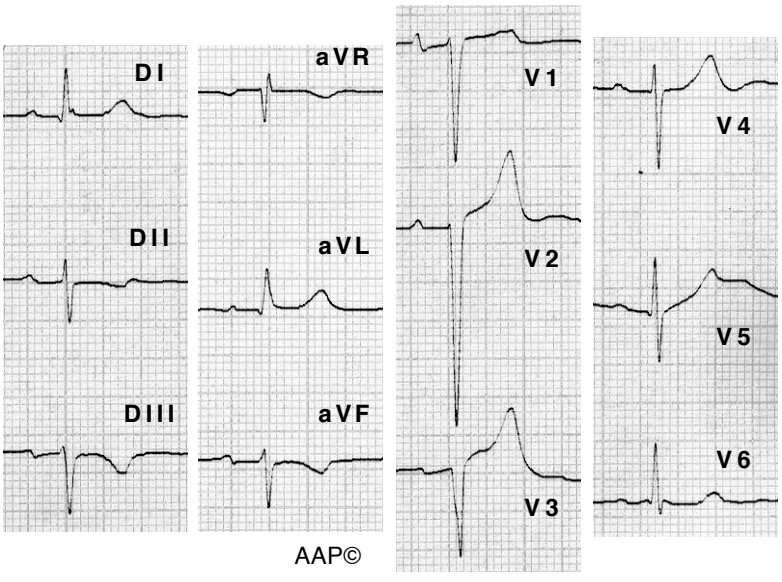
AAP©

Enferma de 87 años con HVI ligera e insuficiencia mitral moderada (cuantificadas por Eco Doppler). La gammagrafía con talio no evidenció isquemia miocárdica.

Una **imagen poco evidente** de hipertrofia ventricular izquierda a pesar de la existencia de una hipertrofia importante tal como se puede ver en los dos casos siguientes:



Enfermo de 66 años con anuloectasia aórtica, disección aórtica tipo A e insuficiencia aórtica grave. La imagen de HVI es muy poco evidente, aunque es más patente si la comparamos con la que presenta después de haber sido intervenido. Con la implantación el 21/2/89 de un injerto valvulado de aorta ascendente con una prótesis de Björk, el ECG se normalizó disminuyendo la magnitud de los complejos QRS en el plano frontal y la altura de las ondas R de V2 a V5.



Enferma de 70 años con una miocardiopatía hipertrófica obstructiva y una imagen poco evidente de HVI. En este caso la auscultación fue el determinante para solicitar un ECO y así realizar el diagnóstico.

Sin embargo, es mas frecuente registrar electrocardiogramas normales en casos de HVI, que registrar electrocardiogramas indicativos de HVI en personas sin este trastorno.