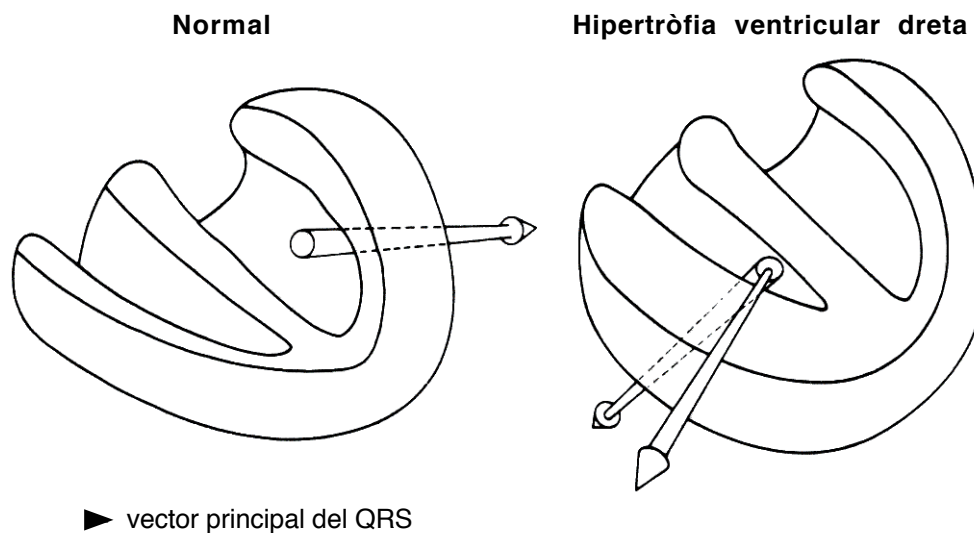


Hipertròfia ventricular dreta*

Perquè la HVD es manifesti, la massa VD ha de contrarestar a les forces ventriculars esquerres, dirigint el vector principal del QRS cap a la dreta i endavant, o cap a endarrera.

En contrast amb la HVE, la HVD no és una simple exageració de la norma. Per això caldrà tenir en compte que ens trobarem amb una expressió electrocardiogràfica molt més polimorfa que la que hem vist a la HVE i que dependrà en part de cap a on es dirigeixi el vector principal del QRS.

La presència en alguns casos d'un retard de conducció ventricular dret influirà en l'aparició de la imatge d'HVD.

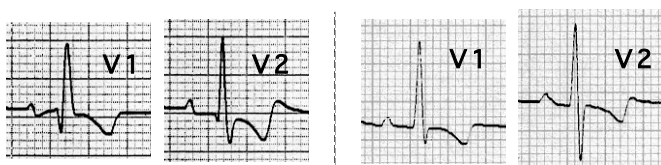


(*Probablement fóra més correcte emprar el terme "engrandiment ventricular dret" donat que l'alteració electrocardiogràfica pot correspondre a una hipertròfia VD, a una dilatació VD o a la presència d'ambdues. No ho faig per tal de no crear confusió amb el terme HVE.)

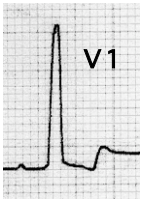
criteris bàsics:

La durada del QRS és normal (<0,12 seg).

L'ÀQRS pot estar desplaçat cap a la dreta entre els +100° i els +120°, encara que de vegades pot arribar als 180°.



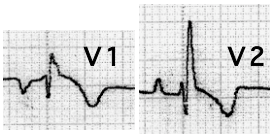
Complexos QRS a precordials dretes amb ondes R grans i en especial si es registra una onda Q prèvia. Aquesta morfologia sol estar associada a una hipertròfia important.



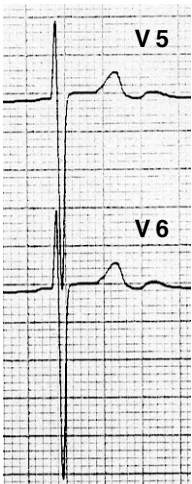
Onda R > 7 mm a V1.



Complex RS a V1 amb una relació R/S > 1 i amb una onda R > 0.5 mV. Aquesta morfologia junt amb la desviació de l'eix a la dreta, són els canvis més comuns en l'adult amb HVD.



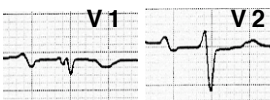
Complex RSR' a V1 amb l'onda R o R' > 8 mm. Aquesta morfologia sol estar relacionada amb cardiopaties en les quals es dona un predomini de la dilatació sobre la HVD.



Complex RS a V5 o V6 amb una relació R/S < 1.



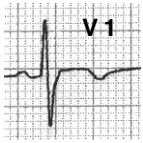
Complexos rS a totes les derivacions precordials.



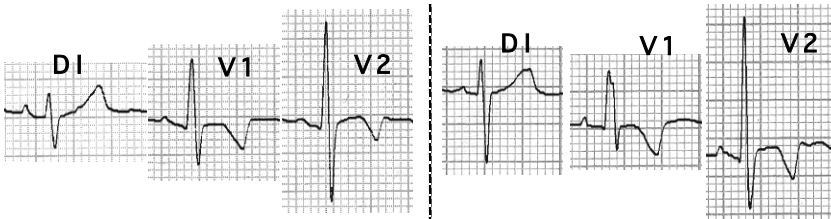
Complex QRS de baix voltatge a V1 amb una diferència significativa amb el major voltatge dels complexos QRS a V2-3.

Quantes més anomalies registrem en un traçat, major serà la probabilitat que hi hagi un engrandiment/hipertròfia ventricular D, sobretot si són complexos QRS amb ondes R grans i amb alteracions de la repolarització (veure alteracions de l'onda T i del segment ST a la HVD).

Cal recordar que...

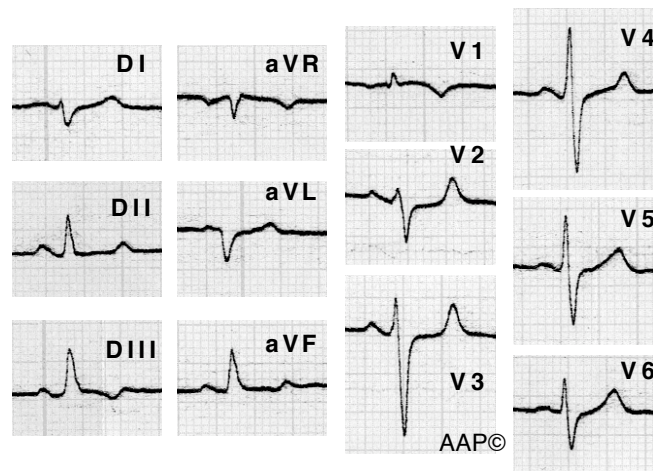


A l'adult la relació R/S normal a V1 sol ser inferior a 1, encara que de vegades pot ser 1.

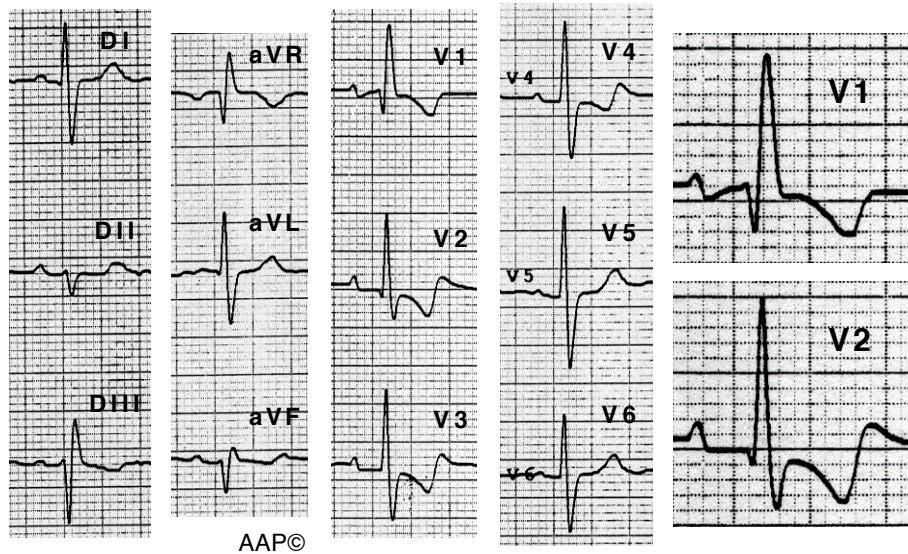


Al nen podem trobar traçats que simulen una HVD. Davant el dubte, el millor és demanar un EcoDoppler (si es disposa d'aquesta prova) per confirmar la normalitat.

Exemples d'HVD (criteris bàsics)



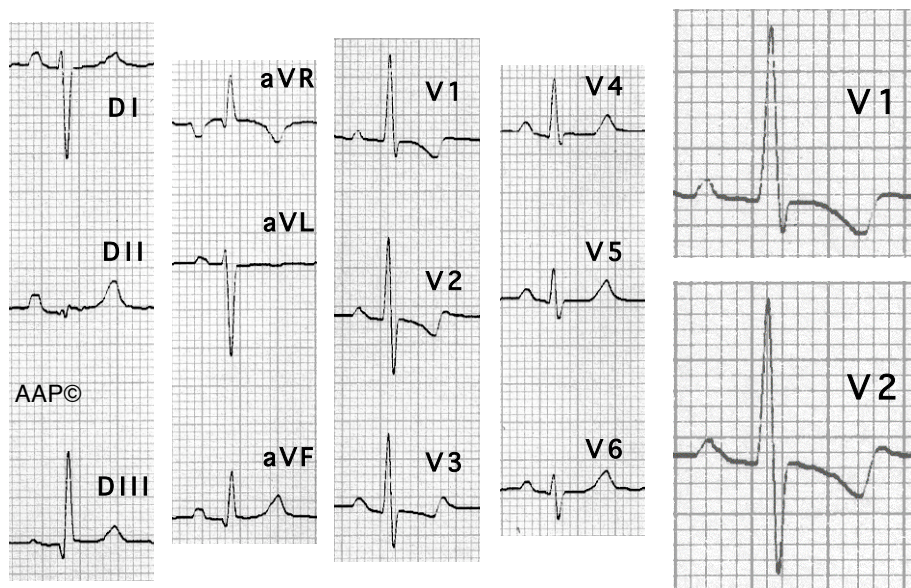
Malalt de 41 anys amb CIA alta de tipus si venós, sense drenatges anòmals però amb la persistència d'una vena cava superior esquerra amb drenatge al si coronari. L'ÀQRS és d'aproximadament 100° i es registra una relació R/S < 1 a V6.



Malalt de 77 anys amb MPOC greu i HTAP. En tractament amb O2 domiciliari.

L'ÀQRS és difícil de determinar (complexos isodifàsics a DI, aVR i aVL) però està dirigit cap a dalt. Es registra un complex qR a V1 i R alta a V2 amb un retard en la inscripció del vèrtex de l'onda R (>0,03 seg.), així com una relació R/S < 1 a V6.

De V1 a V4 l'onda T és negativa i asimètrica, sent la seva branca ascendent escarpada i amb una inscripció terminal positiva.



Malalta de 33 anys amb una Tetralogia de Fallot.

L'ÀQRS és de -120° . Es registra un complex R a V1 amb un retard en la inscripció del vèrtex de l'onda R (>0,03 seg.), així com una relació R/S < 1 a V6.

De V1 a V3 l'onda T és negativa i asimètrica, sent la seva branca ascendent escarpada i amb una inscripció terminal positiva.