

# Archivos de Cardiología de México

Volumen  
*Volume* 72

Número  
*Number* 1

Enero-Marzo  
*January-March* 2002

*Artículo:*

## Fibrosis miocárdica septal: Un cotejo electro-histológico

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

## IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA

### *Fibrosis miocárdica septal. Un cotejo electro-histológico*

Alfredo de Micheli,\* Alberto Aranda,\* Gustavo A Medrano\*

Hombre de 24 años, que acudió a nuestro Instituto por fatiga y disnea progresivas, más dolor precordial de carácter opresivo relacionado con esfuerzos y con duración de 30 a 60 min. El paciente cursó con episodios de taquicardia ventricular monomórfica no sostenida y, poco después de su hospitalización, falleció por fibrilación ventricular irreversible.

El ECG (Fig. 1) indica una posición cardiaca aparentemente intermedia y frecuencia de 83/min. P-

$R = 0.21$  seg. P bimodal en  $D_1$ , aVL y  $V_3$ ,  $\pm$  en  $V_1$  y  $V_2$ ,  $P_{II} = 0.12$  seg. QRS = 0.20 seg en  $D_1$  y aVL, con morfología qR y empastamiento o muesca de R, qRs con R bifida en  $V_4$ , qR en  $V_5$  y  $V_6$ . TIDI = 0.15 seg en aVL, 0.14 seg de  $V_4$  a  $V_6$ . Complejos ventriculares rsRS en aVF (TIDI = 0.10 seg) y S > R en  $V_1$  (TIDI = 0.020 seg). Extrasístole aislada rsRS en  $V_4$  y  $V_5$  y qRs en  $V_6$ . RS-T sobredesnivellado de tipo primario en aVF, de  $V_1$  a  $V_4$  y en la repolarización postextrasistólica, infradesnivela-

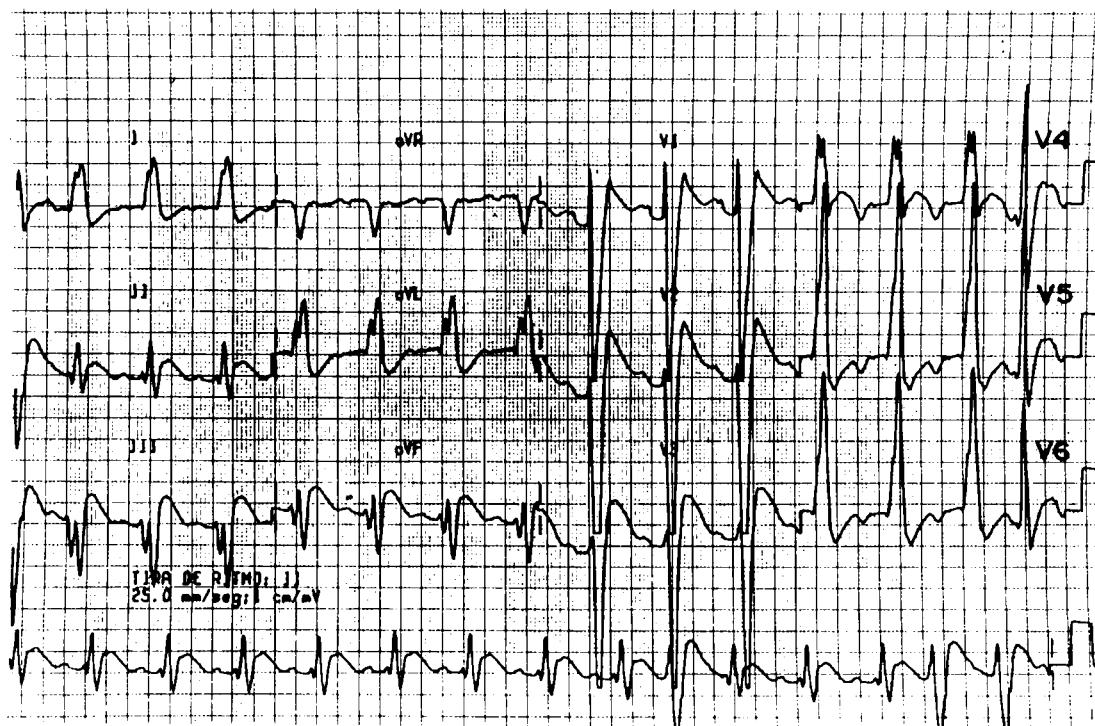


Fig. 1.

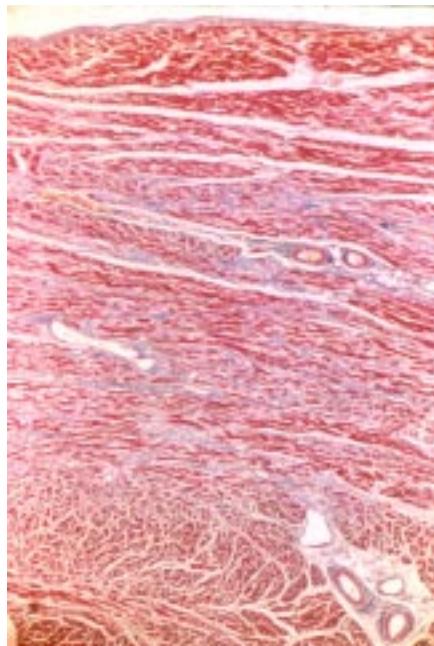
\* Del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". (INCICH. Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, 14080 México D.F.).

Recepción: 7 de diciembre de 2001.

Aceptado: 14 de diciembre de 2001.



**Fig. 2.** Corte sagital del ventrículo izquierdo.



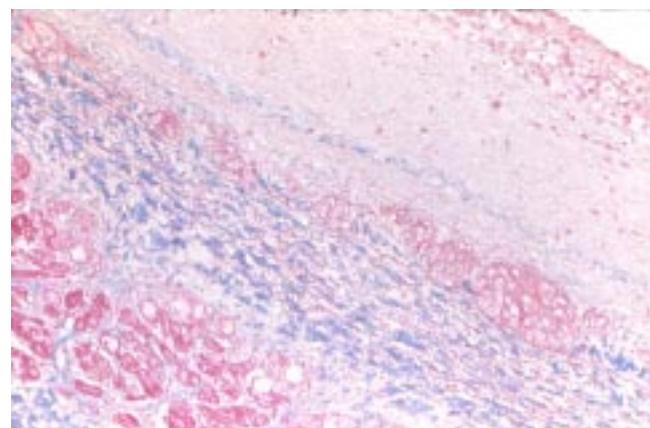
**Fig. 3.** Corte histológico de las porciones medias del tabique interventricular. La tinción de Masson evidencia algunas fibras miocárdicas respetadas (en rojo) y numerosas fibras colágenas (en azul). 10X.

do con onda T negativa en  $D_1$ , aVL,  $V_5$  y  $V_6$  (T de tipo primario de  $V_4$  a  $V_6$ ).

El trazo sugiere: Bloqueo A. V. de primer grado, BRIHH acentuado, crecimiento biauricular, zona inactivable septal extensa y lesión subepicárdica evidente sobre todo en la repolarización del complejo extrasistólico. Las pequeñas ondas Q en las unipolares izquierdas indican la presencia de zona inactivable en la mitad inferior del tabique

interventricular. La falta de una meseta en  $V_5$  y  $V_6$  sugiere una pérdida importante de miocardio activable mediosuperior y el alto voltaje de la onda R en  $V_1$  hace pensar en una amplia zona inactivable en la masa septal izquierda medioinferior, lo que permite una mayor manifestación del primer vector septal derecho.

El aspecto macroscópico del corazón (Fig. 2) corresponde a una miocardiopatía dilatada. El corte



**Fig. 4.** Mayor aumento del endocardio engrosado y del subendocardio fibroso del lado izquierdo en porciones inferiores del tabique interventricular.

muestra una gran dilatación del ventrículo izquierdo con adelgazamiento de la pared, cuyo espesor máximo es de 1 cm. Las zonas amarillas constituyen áreas de fibrosis. La más aparente se halla en el músculo papilar, cuya disfunción pudiera haber incrementado la insuficiencia cardiaca izquierda, causa del fallecimiento.

En el aspecto histológico (*Fig. 3*), se nota fibrosis en la mitad inferior del tabique interventricular, con adelgazamiento muy importante, lo que ex-

plica la presencia de las pequeñas onda Q en  $D_1$  y en las derivaciones unipolares izquierdas.

El endocardio engrosado y el subepicardio fibroso del lado izquierdo, en porciones inferiores del tabique (*Fig. 4*), verosímilmente son la causa de la mayor manifestación del primer vector septal derecho. La fibrosis extensa en el tercio superior del tabique puede ser responsable del adelgazamiento del vértice de la onda R en  $V_5$  y  $V_6$ .  
(Arch Cardiol Mex 2002; 72: 68-70).