

## Alteraciones electrocardiográficas sugestivas de displasia arritmogénica de ventrículo derecho

José Luis Merino, Rafael Peinado, Luis Jesús Jiménez Borreguero, Ignacio Echeverría, Leonardo Josué Ramírez y José Antonio Sobrino

Laboratorio de Electrofisiología. UMQ de Cardiología. Hospital General Universitario La Paz. Madrid.

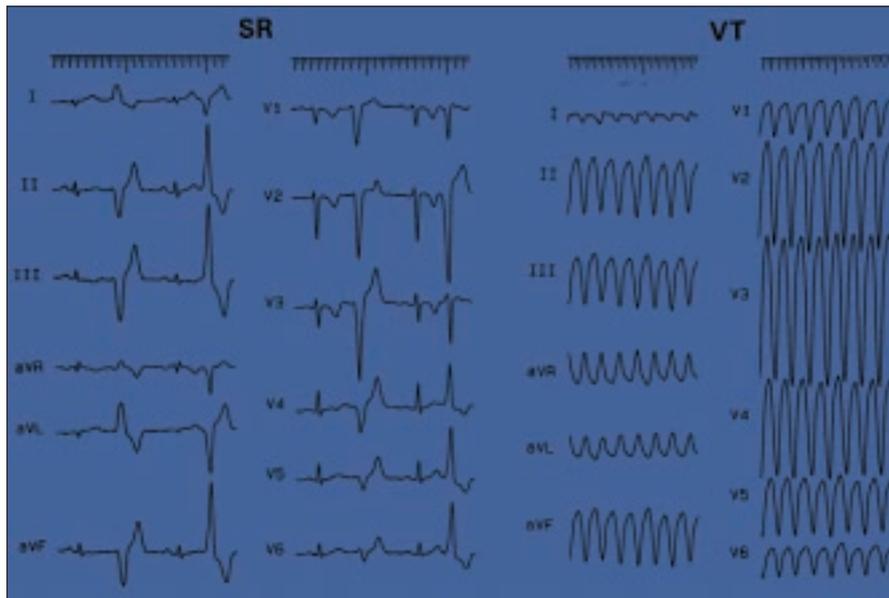


Fig. 1. Electrocardiograma convencional (25 mm/s, 10 mm/mV) de 12 derivaciones durante ritmo sinusal (SR) y durante taquicardia ventricular (VT).

### CASO CLÍNICO

Un varón de 17 años consultó por palpitaciones bien toleradas y autolimitadas de 15 min de duración. En una ocasión acudió a un servicio de urgencias donde se documentó una taquicardia regular de QRS ancho con morfología de bloqueo de rama izquierda y eje inferior que cedió tras la infusión intravenosa de ATP. En el ECG (fig. 1) se observaba inversión de ondas T en V1-V3, frecuentes extrasístoles ventriculares de morfología de bloqueo de rama izquierda con dos tipos de eje, inferior y superior, y una dudosa onda epsilon en V1-V2. La sospecha diagnóstica de displasia arritmogénica de ventrículo derecho llevó a la realización de una angiografía ventricular derecha (fig. 2), que



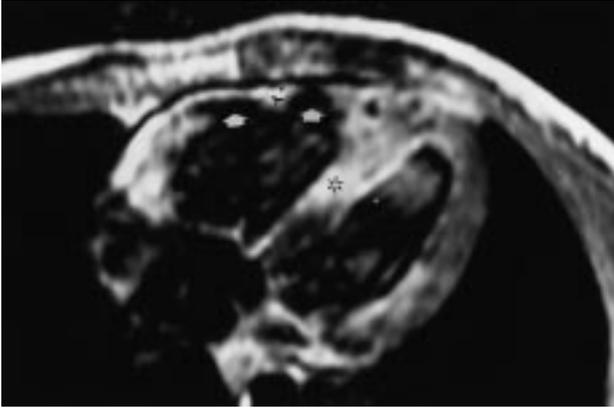
Fig. 2. Angiografía ventricular derecha en proyección oblicua anterior derecha que muestra dilatación ventricular e imagen de trabeculación intensa de su cara anterior.

Correspondencia: Dr. J.L. Merino.  
Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca (Pl. 1.ª diagonal).  
Hospital General La Paz.  
P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid.  
Correo electrónico: jlmerino@jet.es

Recibido el 21 de marzo del 2000.  
Aceptado para su publicación el 8 de mayo del 2000.

(Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1527-1528)

puso de manifiesto una gran dilatación e hipocinesia de esta cámara con trabeculación en «pilas de monedas» sugestiva de displasia arritmogénica de ventrículo



**Fig. 3.** Resonancia magnética nuclear que muestra áreas de adelgazamiento y fibrosis (flechas) de la pared ventricular derecha junto a infiltración grasa de esta estructura y del tabique interventricular (asteriscos).

derecho. En la resonancia magnética nuclear (fig. 3) se demostró el adelgazamiento de la pared ventricular derecha con áreas de infiltración grasa y de fibrosis. En el estudio electrofisiológico se indujo una taquicardia

ventricular sincopal (fig. 1), motivo por el que se le implantó un desfibrilador automático. En el seguimiento el paciente se encuentra en buen grado funcional aunque ha presentado diversos episodios de taquicardia ventricular adecuadamente terminados por el dispositivo.

La existencia de ondas T negativas en las precordiales derechas, junto con extrasistolia ventricular politópica con morfología de bloqueo de rama izquierda (reflejo de un origen en el VD) en un varón joven, debe hacer sospechar la existencia de una displasia arritmogénica de ventrículo derecho, enfermedad frecuentemente causante de muerte súbita en la población joven en países mediterráneos<sup>1</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera B, Suárez Mier MP, Morentin B. Miocardiopatía arritmogénica como causa de muerte súbita en España. Presentación de 21 casos. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 656-662.