

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Taquicardia ventricular monomorfa en paciente joven *Monomorphic ventricular tachycardia in a young patient*

Rosario Castillo AC¹, Cobo Valenzuela N¹, Reinoso Rodríguez I², Jardim Rodrigues R³, Del Moral Chica M^{CA}³, Del Moral Carrascosa M³

¹Especialista en MFyC UGC Bulevar. Jaén

²Especialista en MFyC. UGC Martos (Jaén)

³MIR de 4to año UGC Bulevar. Jaén

Recibido el 16-01-2026; aceptado para publicación el 06-02-2026

Med fam Andal. 2026;1: 74-75

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2026.CC1557>

Correspondencia: Amida C. Rosario Castillo. mail: dra.amidarosario@gmail.com

Varón de 39 años, deportista activo y sin hábitos pitaciones intensas súbitas, sensación de sofoco, sudoración y opresión centrotorácica irradiada a mandíbula tras una cena. Entre sus antecedentes destacan episodios previos de palpitaciones autolimitadas y una historia familiar de muerte súbita (padre a los 44 años), dos hermanos

con pericarditis no estudiadas. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin hallazgos relevantes en la exploración física. En el examen inicial, el ECG muestra una taquicardia rítmica de QRS ancho a 210 lpm, compatible con taquicardia ventricular sostenida (TVS) con pulso (*figura 1*).

Figura 1. Trazado electrocardiográfico del paciente

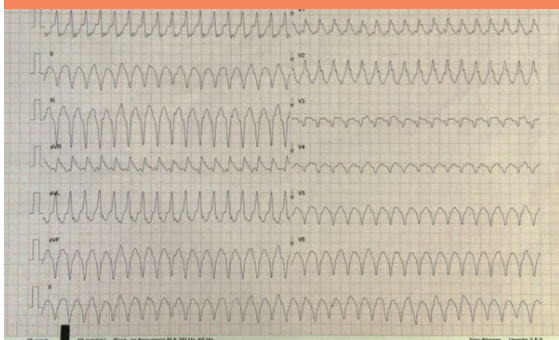


Figura 2. Imagen de la Resonancia Magnética Cardíaca



Tratamiento en urgencias: dado que el paciente está estable, se inicia con la administración de Adenosina 6-12-18 mg según esquema de manejo de taquiarritmia, sin respuesta clínica. Posteriormente el paciente refiere sentirse mareado con tensión arterial 90-60 mmHg Sat 92 %, hiperventila. Tras el fracaso de la adenosina y la aparición de inestabilidad hemodinámica, se realiza cardioversión eléctrica sincronizada efectiva tras dos descargas (150 J y 200 J), recuperando el ritmo sinusal.

Evolución: paciente ingresa a cargo de Cardiología donde se realiza una Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) urgente cuyo informe reporta: Fibrosis miocárdica extensa circunferencial afectando a epicardio y medio miocardio desde la zona más basal a la más apical del Ventrículo Izquierdo. Posible realce tardío también afectando el Ventrículo Derecho en su región apical (*figura 2*).

Preguntas

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

- a. Miocardiopatía hipertrófica.
- b. Infarto agudo de miocardio.
- c. Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo izquierdo.
- d. Síndrome de Brugada.
- e. Taquicardia supraventricular con vía aberrante.

2. ¿Cuál de los siguientes factores apoya el diagnóstico de una miocardiopatía arritmogénica en este caso?

- a. Elevación de troponina T inicial.
- b. Taquicardia monomorfa de QRS ancho.
- c. Historia familiar de muerte súbita prematura.

d. Hallazgos de fibrosis circunferencial en RM cardíaca.

e. Todas las anteriores.

3. Ante el diagnóstico confirmado y el riesgo de arritmias malignas, ¿cuál es el tratamiento preventivo de elección y qué conducta se debe seguir con los familiares?

- a. Tratamiento farmacológico exclusivo con amiodarona y revisiones anuales del paciente.
- b. Implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI) y realización de un estudio genético y seguimiento cardiológico a los familiares.
- c. Ablación por radiofrecuencia de los focos de fibrosis y recomendación de evitar el ejercicio físico intenso a la familia.
- d. Alta hospitalaria con seguimiento exclusivo por el médico de familia y realización de un ECG de control a los hermanos.

Nota: este caso clínico fue premiado en el 31º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria, en Huelva, como el mejor caso clínico presentado como comunicación oral.