



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/37 - UN ELECTROCARDIOGRAMA OMINOSO: SABER IDENTIFICARLO PARA ACTUAR A TIEMPO

B. Carballo Rodríguez¹, I. Cabrera Rubio¹, J. Sánchez Ceña¹, M. Cea Gómez², M. Martín Nicolau³, S. Díaz-Salazar de la Flor⁴

¹Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ignacio. Bilbao. Vizcaya. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años, exfumadora importante e hipertensa en tratamiento farmacológico. Acude a Urgencias por varios episodios de dolor centrotorácico opresivo en relación a esfuerzos a lo largo de la última semana, que han cedido con el reposo. El último ha sido anoche al subir las escaleras de su casa. Niega disnea, ortopnea, palpitaciones, episodios sincopales u otra clínica cardiovascular. En este momento se encuentra totalmente asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA 135/80 mmHg, FC 65 lpm, sat 99%. PVY no elevada. AC rítmica, sin soplos. AP con buena ventilación bilateral. Abdomen blando, no doloroso. EEII sin edemas. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Troponina I de 0,00 ng/mL. ECG: RS, PR normal, QRS estrecho, onda T negativa y simétrica en V2-V6. Ante estos hallazgos electrocardiográficos se sospecha lesión de arteria descendente anterior proximal (síndrome de Wellens). Se administran dosis de carga de AAS + clopidogrel y se realiza coronariografía urgente, objetivándose estenosis crítica de dicha arteria e implantándose stent farmacoactivo, con buen resultado.

Juicio clínico: Síndrome de Wellens.

Diagnóstico diferencial: Angina estable, SCASEST (angina inestable, infarto no Q), SCACEST, pericarditis, miocarditis.

Comentario final: El síndrome de Wellens consiste en un electrocardiograma con cambios en la onda T en derivaciones precordiales (inversión profunda y simétrica), pero con progresión normal de la onda R y sin onda Q ni elevación de ST, que aparece en relación a angina inestable, pero presentándose cuando el paciente se encuentra sin dolor ni elevación de enzimas cardíacas. Estos hallazgos se asocian con enfermedad significativa del segmento proximal de la DA y evolucionan a infartos anteriores extensos si no se detectan a tiempo. Por tanto, debido a la gran cantidad de miocardio en riesgo, el reconocimiento de este patrón por parte de los médicos de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias es vital. Gracias a ello se pueden efectuar estrategias de revascularización precoz y evitar el uso innecesario de pruebas de detección de isquemia, cuya realización en estos pacientes podría resultar fatal.

Bibliografía

Mao L, Jian C, Wei W, Tianmin L, Changzhi L, Dan H. For physicians: Never forget the specific ECG T-wave changes of Wellens' syndrome. *Int J Cardiol*. 2013;167:e20-1.

Mead N, O'Keefe K. Wellen's syndrome: An ominous EKG pattern. *J Emerg Trauma Shock*. 2009;2:206-8.