



Medicina de Familia. SEMERGEN



<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 cardíacos. 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.