



<https://www.elsevier.es/semrgen>

242/3528 - LO QUE EL ELECTROCARDIOGRAMA ESCONDE

R. Reguera Lozano^a, M. Sánchez Espejo^b, J. López Aguilera^c y E. Fernández Moreno^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Flores Crespo. Posadas. Córdoba. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. ^cCardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de La Victoria. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, diabético tipo 2 en tratamiento con sitagliptina 50/metformina 1.000 mg/12h, exfumador de 3 paquetes/día desde hace 2 años. AF: Primo con IAM a los 50 años. Consulta de forma urgente por dolor centrotorácico opresivo sin irradiaciones ni cortejo vegetativo, que cedió a los 20 minutos tras toma de lorazepam. Refiere episodios similares desde hace 2-3 semanas desencadenados con el esfuerzo y que ceden en reposo.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normocoloreado. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: sin edemas. ECG (sin dolor): ritmo sinusal a 60 lpm. Eje izquierdo. PR normal. QRS 110-120 msec con morfología de BIRDHH y HBAI. Onda T negativa de V1 a V4, aplanada en V5. Derivamos a urgencias Hospitalarias ingresando en Cardiología. Analítica: valores normales. TnI 0,085. Radiografía tórax: sin hallazgos patológicos. Ecocardiograma: VI con función global y segmentaria conservada. FEVI 65%. Coronariografía: ADA con lesión grave en bifurcación con primera y segunda diagonal. Arteria circunfleja con lesión grave en tercio medio. Colocación de stent en bifurcación con primera y segunda diagonal y sobre lesión de circunfleja.

Juicio clínico: Síndrome de Wellens.

Diagnóstico diferencial: IAM, aneurisma aórtico, disección aórtica, neumonía, fractura costal.

Comentario final: El síndrome de Wellens se caracteriza por historia de dolor tipo anginoso, marcadores de daño cardíaco normales o mínimamente elevados y ECG alterado. El patrón característico se presenta durante períodos indoloros y es signo de estenosis crítica de la arteria coronaria descendente anterior. Desde la Atención Primaria podemos contribuir a su detección con una anamnesis detallada e interpretación correcta del ECG facilitando la decisión de estudios invasivos tempranos para evitar su fatal desenlace, el IAM de cara anterior.

Bibliografía

1. Carvajal CA, Ardila DJ. Wellens' syndrome: recognizing the risks. Revista Colombiana de Cardiología. 2015;22(5):244-8.
2. Ramírez Chacón A. Síndrome de Wellens un diagnóstico potencialmente fatal. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016;73(620):595-9.

Palabras clave: Wellens. Cardiopatía isquémica.