



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3895 - SÍNDROME DE WELLENS: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Adell Vázquez^a, V. Paulo Gregorio^b, E. Pérez Razquin^c y H. González Sánchez^d

^aMédico de Familia. Hospital Infanta Elena. Huelva. ^bMédico de Familia. Equipo de Emergencias de Aroche. Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y Emergencias de Atención Primaria. Huelva. ^cMédico de Familia. Consultorio Tharsis. Huelva. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Rosal de la Frontera. UGC Cortegana. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años, hipertensa, fumadora de 20 cigarrillos/día. Presenta episodios autolimitados, de 10-15 minutos, de dolor centrotorácico opresivo irradiado a epigastrio, mandíbula y brazo izquierdo, en reposo, sin cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias: Atención primaria: BEG, ACR: tonos rítmicos sin soplos. BMV normal. TA: 172/92; FC 75; Sat O2: 99%. ECG1: RS a 75 lpm. Eje normal. No alteraciones de la repolarización. Urgencias hospitalarias: exploración sin cambios. TA 150/84; FC 51; Sat O2: 96%. ECG2: RS a 66 lpm. Ondas T negativas y picudas de V1-V4. Analítica: TnT: 62,88-63-46-25; CK81; Cr 0,53. Radiografía de tórax normal. Coronariografía: descendente anterior con lesión grave del 90% en segmento proximal. Circunfleja con placa moderada en ramo marginal. Coronaria derecha con placa larga en segmento medio y placa focal en segmento distal proximal a la bifurcación. Se realiza angioplastia sobre descendente anterior proximal, coronaria derecha distal y media. Implantación de 3 stent farmacoactivos.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Wellens.

Diagnóstico diferencial: Lesión del SNC. Hipertrofia de VI. Bloqueo de rama derecha. Miocardiopatía hipertrófica. TEP.

Comentario final: El síndrome de Wellens corresponde a un subtipo de angina inestable que se asocia a estenosis grave del segmento proximal de la arteria coronaria descendente anterior, con alto riesgo de progresar a infarto agudo de miocardio. Se caracteriza por alteraciones en la onda T de precordiales que conforman patrones electrocardiográficos que pueden predecir la presencia de obstrucciones coronarias graves. Tipo 1: ondas T bifásicas; tipo 2 (más frecuente): ondas T invertidas, profundas y simétricas en precordiales derechas (V2 a V4, como en nuestro paciente). Criterios diagnósticos: patrón electrocardiográfico tipo 1 o tipo 2, sin pérdida de la progresión de ondas R en precordiales, sin ondas Q patológicas y con el segmento ST normal o mínimamente elevado. Aparecen en contexto de dolor torácico anginoso, cuando está asintomático, con enzimas cardíacas normales o mínimamente elevadas. El tratamiento médico es insuficiente y la realización de prueba de esfuerzo está contraindicada debido a que aumenta la demanda de oxígeno en el miocardio. Es necesario una revascularización coronaria urgente siendo la intervención coronaria percutánea el tratamiento definitivo.

Bibliografía

1. Carvajal C, Ardila D. Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro. Revista Colombiana de Cardiología. 2015;22(5):244-8.

Palabras clave: Wellens. Angina. Infarto.