



CARTA CLÍNICA

Síndrome de Wellens



Wellens' syndrome

Presentamos el caso de un varón de 69 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por episodios de dolor torácico.

Refiere presentar desde hace una semana opresión precordial de leves-moderados esfuerzos asociada a disnea, que cede a los pocos minutos con el reposo, habiendo presentado un episodio más prolongado e intenso el día antes de la consulta.

Como antecedentes médicos relevantes presenta hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, y reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol, sin antecedentes cardiológicos. La exploración física resulta anodina. En las pruebas complementarias destaca una mínima elevación de troponina I de 0,17 ng/ml (límite superior 0,05 ng/ml), y la presencia de unas ondas T negativas y simétricas en precordiales V2-V5 del electrocardiograma (fig. 1), que posteriormente se comprobó que no presentaba en un preoperatorio del año anterior.

Se inicia tratamiento del síndrome coronario agudo ante la sospecha de una lesión crítica a nivel proximal en la arteria descendente anterior, y se solicita coronariografía, en la que se confirma la sospecha diagnóstica. Se realiza ACTP más implante de stent, siendo dado de alta a los pocos días.

El síndrome de Wellens fue descrito a comienzos de la década de los 80 cuando se observó que un subgrupo de pacientes hospitalizados por angina inestable presentaban alteraciones electrocardiográficas características de la onda T en derivaciones precordiales, y evolucionaban, si no se llevaba a cabo una coronariografía y revascularización precoz, a infartos anteriores extensos. Además este no es un patrón atípico, ya que el 14-18% de los pacientes ingresados por angina inestable, según diferentes series, presentan estas alteraciones^{1,2}.

La sensibilidad de la inversión de la onda T en derivaciones precordiales en pacientes ingresados por angina inestable ha sido descrita como del 69%, con una especificidad del 85% y un valor predictivo positivo del 89% para una lesión significativa en la arteria descendente anterior³.

El síndrome de Wellens se define por la presencia de episodios de dolor torácico, alteraciones de la onda T en

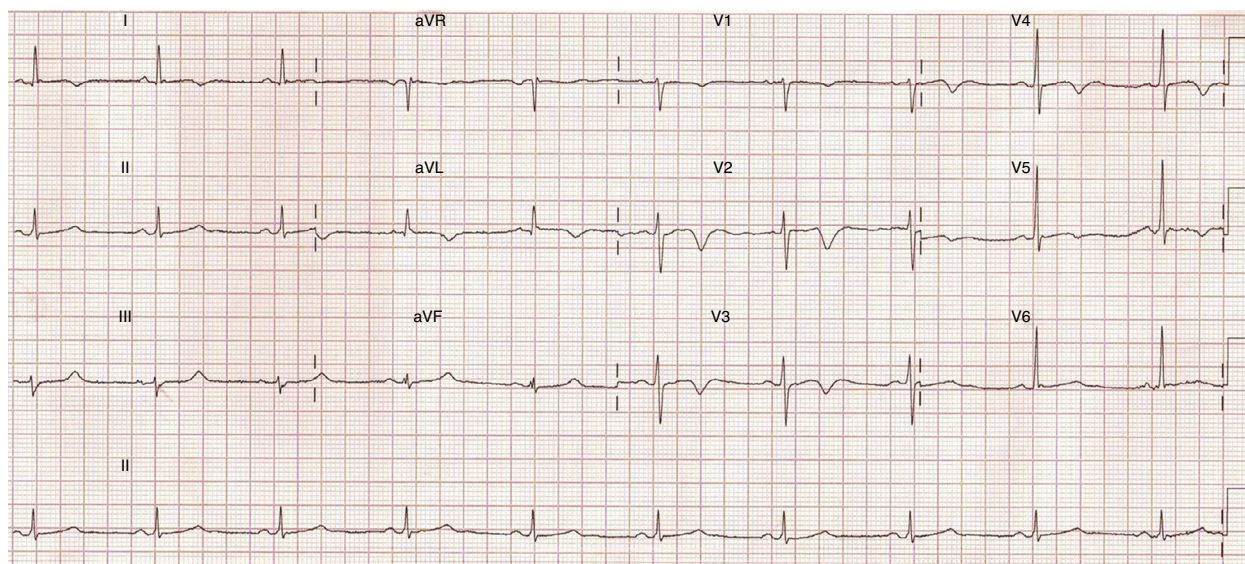


Figura 1 Electrocardiograma al ingreso con patrón Wellens tipo 1.

derivaciones precordiales, ausencia o mínima elevación de marcadores de daño miocárdico, ausencia de ondas Q patológicas y la correcta progresión de la onda R en derivaciones precordiales, junto con ausencia o mínima elevación del segmento ST (< 1 mm).

Existen 2 patrones electrocardiográficos que aparecen característicamente en los periodos de ausencia de dolor torácico. El primero y más frecuente es el tipo 1 (76%), que se presenta con unas ondas T negativas y profundas en al menos las derivaciones precordiales V2-V3, mientras que el tipo 2, menos frecuente, se caracteriza por la presencia de ondas T isodifásicas.

Debido a la gran cantidad de miocardio en riesgo, el reconocimiento de este patrón por los médicos de Atención Primaria y los del Servicio de Urgencias es vital. Gracias a esto se pueden llevar a cabo estrategias de revascularización precoz y prevenir grandes infartos en estos pacientes, evitando el uso de pruebas de detección de isquemia⁴⁻⁶.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. De Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. *Am Heart J.* 1982;103 4 Pt 2:730-6.
2. De Zwaan C, Bär FW, Janssen JH, Cheriex EC, Dassen WR, Brugada P, et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J.* 1989;117:657-65.
3. Haines DE, Raabe D, Gundel W, Wackers F. Anatomic and prognostic significance of new T-wave inversion in unstable angina. *Am J Cardiol.* 1983;52:14-8.
4. 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.
5. Mead N, O'Keefe K. Wellen's syndrome: An ominous EKG pattern. *J Emerg Trauma Shock.* 2009;2:206-8.
6. Tatli E, Aktöz M. Wellens' syndrome: The electrocardiographic finding that is seen as unimportant. *Cardiol J.* 2009;16:73-5.

P. Martínez-Losas*, A. Viana-Tejedor,
A. Freitas-Ferraz y B. Ruiz-Mateos

*Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos,
Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martinezlosas@gmail.com
(P. Martínez-Losas).