Síndrome de Wellen: datos poco aparentes de un problema importante

Veamos cómo puede intervenir de manera adecuada el profesional de enfermería en las situaciones en las que el dolor anginoso y las alteraciones en el electrocardiograma no son congruentes.

HENRY B. GEITER, Jr., RN, CCRN

José R., de 63 años de edad, ha sido hospitalizado hace 8 h en su unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de angina inestable. Aunque el paciente ha presentado dolor torácico intermitente durante los últimos 3 días, actualmente no experimenta dolor. En un electrocardiograma (ECG) realizado al Sr. José R. por su médico de familia inmediatamente antes de su hospitalización se observaron alteraciones inespecíficas en el segmento ST y en la onda T.

Usted realiza otro ECG de 12 derivaciones en el que, de nuevo, se detectan alteraciones inespecíficas en el segmento ST y en la onda T. No obstante, también se observa la presencia de ondas T moderadamente invertidas en las derivaciones V_2 y V_3 que no aparecían en el ECG realizado en la consulta del médico de familia. La concentración sérica de creatincinasa (CK) del Sr. José R. es de 86 U/l (intervalo normal en varones, 25-90 U/l).

El síndrome de Wellen es un conjunto característico de alteraciones en el ECG que indican una estenosis de alto grado en la parte proximal de la arteria coronaria descendente anterior izquierda

Aunque los marcadores cardíacos del Sr. José R. están dentro de límites normales, las alteraciones en el ECG le llevan a sospechar que el Sr. José R. puede presentar el síndrome de Wellen y que, por tanto, muestra un riesgo inminente de infarto de miocardio (IM).

Cuando no todo es congruente

El síndrome de Wellen es un conjunto característico de alteraciones en el ECG que indican una estenosis de alto grado en la parte proximal de la arteria coronaria descendente anterior izquierda (DAI) (véase el cuadro anexo *¿Es un síndrome de Wellen?*). En distintos estudios se ha demostrado que aproximadamente el 15% de los pacientes hospitalizados por angina inestable muestra alteraciones en el electrocardiográficas que son diagnósticas del síndrome de Wellen. De ellos, el 60% presenta las alteraciones ECG indicativas del síndrome de Wellen en el momento de su hospitalización, mientras que el 40% restante no presenta estas alteraciones hasta transcurrido un cierto período desde su hospitalización.

Irónicamente, las alteraciones electrocardiográficas clásicas del síndrome de Wellen aparecen generalmente cuando el paciente no siente dolor; en otros cuadros

¿Es un síndrome de Wellen?

Deben detectarse los datos diagnósticos siguientes:

- Signo de Wellen: ondas T profundamente invertidas o bifásicas en las derivaciones V_2 y V_3.
- Antecedentes de dolor torácico.
- Elevación mínima o normalidad de los marcadores cardíacos.
- Ausencia de ondas Q en las derivaciones precordiales.
- Ausencia de elevación patológica del segmento ST.
- Ausencia de desaparición de las ondas R en las derivaciones precordiales.

La onda T profundamente invertida, con un ángulo de casi 90°, es característica del síndrome de Wellen.

Detección de los datos en el ECG

En el primer grupo de gráficas electrocardiográficas de las derivaciones precordiales, las derivaciones anteriores muestran alteraciones mínimas en las ondas T, aunque el paciente experimenta dolor en este momento. En el segundo ECG, obtenido 12 h después, se observa una inversión profunda de las ondas T, aunque el paciente ya no tiene dolor.

Durante el dolor anginoso

Derivación V_1 **Derivación V_4**

Derivación V_2 **Derivación V_5**

Derivación V_3 **Derivación V_6**

Después del dolor anginoso

Derivación V_1 **Derivación V_4**

Derivación V_2 **Derivación V_5**

Derivación V_3 **Derivación V_6**

agudos cardíacos, las alteraciones del ECG se observan característicamente coincidiendo con el dolor.

Dado que los criterios diagnósticos del síndrome de Wellen aparecen en muchos casos durante el período asintomático, los profesionales sanitarios tienen la rara oportunidad de identificar un trastorno potencialmente mortal mientras el paciente permanece en una situación relativamente estable.

El profesional de enfermería puede desempeñar un papel importante en la identificación del síndrome de Wellen. Debe detectar la posible aparición de los signos y síntomas siguientes:

• *Dolor anginoso reciente o actual*. Si el dolor anginoso se inició durante las horas más recientes, el paciente puede no presentar las alteraciones electrocardiográficas características en el momento de su hospitalización. Cuanto más tiempo haya transcurrido desde que el paciente padece la sintomatología anginosa, más posibilidades hay de que en el ECG aparezcan las alteraciones indicativas del síndrome de Wellen.

Valore el ECG en todos los pacientes con angina inestable para descartar las alteraciones del síndrome de Wellen. En los estudios realizados con coronariografía en pacientes que cumplían criterios

electrocardiográficas de síndrome de Wellen se ha demostrado que casi el 20% de estos pacientes muestra una oclusión completa de la arteria DAI (con circulación colateral) y que en todos los pacientes existe una oclusión de al menos el 50% en la parte proximal de la arteria coronaria DAI. Esto quiere decir que las alteraciones electrocardiográficas en el síndrome de Wellen son muy específicas respecto a la estenosis de alto grado en la parte proximal de la arteria DAI, que irriga toda la pared anterior del ventrículo izquierdo.

• *Marcadores cardíacos no concluyentes*. Por ejemplo, la CK, la troponina y la mioglobina pueden no aumentar sus concentraciones o pueden hacerlo sólo de manera mínima debido a que la lesión miocárdica ha sido mínima o nula. La ausencia de datos concluyentes en los marcadores cardíacos puede confundir el diagnóstico. Dado que la oclusión completa suele causar un IM extenso y de carácter catastrófico, es clave la valoración detallada de los datos que puedan aparecer en el ECG de 12 derivaciones.

• *Inversión simétrica, profunda y progresiva de la onda T*. Característicamente, usted puede observar inversiones de la onda T en las derivaciones V_2 y V_3 (véase el cuadro anexo *Detección de los datos en el ECG*), aunque estas inversiones también pueden aparecer en cualquiera de las derivaciones precordiales o en todas ellas. No obstante, las inversiones de la onda T son más frecuentes en las derivaciones V_1 y V_4 que en las derivaciones V_5 o V_6.

Dos características importantes de las imágenes de inversión de la onda T son la simetría y el ángulo formado por el segmento ST y por la onda T. En el síndrome de Wellen, este ángulo está entre 60 y 90° en las derivaciones V_2 y V_3, mientras que hacia la derecha tiene 0° y es una línea recta, y por debajo de la línea basal tiene 90° y es también una línea recta. Estas alteraciones son diagnosticadas frecuentemente de manera errónea como cuadros de isquemia que no afectan a todo el espesor del miocardio o como cuadros de IM.

En el síndrome de Wellen, las alteraciones del ECG aparecen durante la reperfusión del tejido cardíaco afectado. (Ésta es la razón de que el paciente no experimente dolor en el momento en que aparecen las alteraciones en el ECG.)

Las inversiones de la onda T son similares a las que aparecen tras el tratamiento fibrinolítico en los pacientes con IM agudo. Por desgracia, en el síndrome de Wellen estas alteraciones no indican que el bloqueo arterial haya desaparecido.

• *Elevación del segmento ST*. Durante los episodios de dolor aparecen las elevaciones típicas del segmento ST compatibles con un IM de la pared anterior; estas elevaciones puede ser muy llamativas. Sin embargo, durante los períodos asintomáticos también usted puede observar en el ECG de su paciente elevaciones del segmento ST, aunque generalmente en un nivel muy reducido que generalmente es menor o igual a 1 mm cuando se determinan 8 ms después del punto J.

• *Progresión normal de la onda R*. Debido a que todavía no se ha producido un IM en la pared anterior, se mantiene la progresión normal de la onda R. En los casos en que no está preservada la progresión normal de la onda R, el paciente no presenta un síndrome de Wellen.

Si usted está cuidando de un paciente con angina inestable, debe descartar la aparición de ondas T profundamente invertidas o bifásicas principalmente en las derivaciones V_2 y V_3. Debe considerar la monitorización del paciente en las derivaciones torácicas modificadas MCL_2 o MCL_3. También tiene que tener en cuenta que, en el síndrome de Wellen, las ondas T invertidas son mucho más profundas que el patrón de inversión de las ondas T que se observa en los pacientes con isquemia miocárdica en la pared anterior.

Cómo ayudar a su paciente

El paciente con síndrome de Wellen puede ser diagnosticado inicialmente como un cuadro de angina inestable con prescripción del tratamiento convencional en estos casos: ácido acetilsalicílico, nitroglicerina y, posiblemente, heparina o inhibidores del receptor de la glucoproteína IIB/IIIA, como abciximab. Sin embargo, debido a su elevado riesgo de IM, lo que realmente necesita el paciente es una revascularización temprana mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea o mediante cirugía de revascularización coronaria. Si usted permanece alerta respecto a las alteraciones electrocardiográficas características del síndrome de Wellen, puede ayudar a su paciente a recibir el tratamiento que necesita, evitando así la aparición de un IM de carácter catastrófico. Ⓝ

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Rhinehardt, J., et al.: "Electrocardiographic Manifestations of Wellens' Syndrome," *American Journal of Emergency Medicine*. 20(7):638-643, November 2002.

Tandy, T., et al.: "Wellens' Syndrome," *Annals of Emergency Medicine*. 33(3):347-351, March 1999.

Henry B. Geiter, Jr., es profesional de enfermería de cuidados intensivos en Tampa, Florida; profesional de enfermería de traslado de pacientes en situación crítica en Sunstar-EMS, en Clearwater, Florida, y profesor asociado en la St. Petersburg College, Florida, Estados Unidos.

WEB SELECCIONADAS

EMedHome.com
http://emedhome.com/features_archive-detail.cfm?FID=119