



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3712 - SÍNDROME DE WELLENS

J. Prieto Nave, Z.M. Correcher Salvador<sup>b</sup>, M. Camarasa Vidal<sup>c</sup>, H. Rodríguez León<sup>a</sup>, Á.H. Góngora Tirado<sup>a</sup>, J.I. García García<sup>e</sup>, M. Turégano Yedro<sup>f</sup>, L. Fernández Salinas<sup>a</sup>, B. del Mazo Pulido<sup>g</sup> y G. Monforte Gilabert<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico Adjunto. Centro de Salud de Almazora. Castellón. <sup>c</sup>Médico Adjunto. Centro de Salud Carinyena. Castellón. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Barranquet. Castellón. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puerto de Sagunto. Valencia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 78 años. Antecedentes: DM, HTA, FA paroxística, hipercolesterolemia. En tratamiento con: bisoprolol 5 mg/24h, saxagliptina 5 mg/24h, simvastatina 20 mg/24h, ranitidina 300 mg/24h, HTZ-valsartan 160/25 mg/24h, Sintrom según pauta. Valoramos a paciente en domicilio por dolor torácico opresivo, que inicia en reposo, no irradiado, con sudoración, náuseas y palpitaciones. Duración aproximada 60 minutos. Anteriormente episodios similares de menor intensidad y duración. Una familiar de la paciente es quien solicita la atención. Trasladamos a la paciente al centro de salud. Monitorizamos a la paciente, realizamos ECG y mantenemos en observación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes, exploración general, cardiopulmonar y abdominal normales. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, eje +60°, buen enlace AV e IV, sin alteraciones de la repolarización.

**Juicio clínico:** SCASEST.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor torácico, taquicardia supraventricular con componente anginoso.

**Comentario final:** La paciente se mantiene en observación, asintomática, se consultan historia clínica y ECG previos disponibles observándose ondas T negativas en cara anterolateral (V2-V5). Se realizó nuevo ECG (imagen) similar al electrocardiograma basal de la paciente. Se sospechó una pseudonormalización de onda T (síndrome de Wellens). La paciente es trasladada al hospital, donde se objetivan enzimas miocárdicos en aumento, estando asintomática y con ECG similar al basal. Se realizó cateterismo cardíaco objetivando enfermedad de tronco y tres vasos. El síndrome de Wellens se caracteriza por una historia de angina de pecho, cambios electrocardiográficos durante el período asintomático e identificación de una estenosis crítica de la arteria coronaria descendente anterior con riesgo de infarto agudo de miocardio anterior extenso. Destacamos la importancia del síndrome de Wellens como marcador ECG de obstrucción crítica de la descendente anterior. Los ECG seriados facilitan su diagnóstico. Es indicación de intervencionismo de urgencia y revascularización para evitar graves complicaciones.

## **Bibliografía**

1. De Zwaan C, Bär WHM, Wellens HJJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in the left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. *Am Heart J.* 1982;103:730-6.
2. Kannan L, Figueredo VM. Wellens' syndrome. *N Engl J Med.* 2015;372:66.

**Palabras clave:** *Wellens. SCASEST. Descendente anterior.*