



## 242/3528 - LO QUE EL ELECTROCARDIOGRAMA ESCONDE

R. Reguera Lozano<sup>a</sup>, M. Sánchez Espejo<sup>b</sup>, J. López Aguilera<sup>c</sup> y E. Fernández Moreno<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Flores Crespo. Posadas. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba. <sup>c</sup>Cardiólogo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> 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 mseg 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 indolores 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.