



242/4759 - SÍNDROME DE WELLENS: EL ENEMIGO SILENCIOSO

L. Blázquez González^a, C. Cano Bernal^a, Y. Reverte Pagán^a, B. de la Villa Zamora^b, N. Martín Díaz^b y A. Marín García^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años sin antecedentes de interés salvo fumador de 20 cigarrillos al día (43 paquetes/año). Consulta por varios episodios mientras estaba en reposo, de dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a cuello, acompañado de náuseas y sudoración, de unos 15 minutos de duración y que cedían con reposo. El paciente refiere que ya había padecido estos síntomas en relación con el esfuerzo, acudiendo a urgencias con exploraciones complementarias normales, incluida una ergometría. Tras resultado de las primeras exploraciones complementarias, se ingresa a cargo de cardiología con diagnóstico de SCASEST sin volver a presentar dolor. En planta se realizó ECG de control con cambios eléctricos mencionados, derivando a UCI para realización ICP preferente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física y constantes normales. ECG a su llegada a urgencias: Ritmo sinusal (RS) a 66 lpm, eje +60°, PR 0,12. Bloqueo de rama derecha del haz de His. Ondas T negativas en V2. ECG en planta: RS a 56 lpm. Ondas T negativas de V1 a V6 y en derivaciones derechas, con infradesnivelación del ST de 1 mm en V4-V6. Analítica en urgencias normal, salvo troponina I ultrasensible: 0,17. Troponina de control negativa. Ecocardiograma: normal salvo leve hipocinesia del septo interventricular. Coronariografía: lesión grave en DA proximal afectando a bifurcación D1 de gran calibre, se implanta stent farmacoactivo.

Juicio clínico: SCASEST Killip I. Síndrome de Wellens.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Dolor de perfil osteomuscular. Disección aórtica. Pericarditis/miopericarditis.

Comentario final: El síndrome de Wellens se define con la presencia de dolor torácico, mínimas alteraciones en enzimas cardíacas junto con alteraciones de ondas T en cara anterior y en ocasiones mínima infradesnivelación de ST, debida a una obstrucción de la arteria DA. Es importante destacar que en este tipo de pacientes, las alteraciones en ECG se produce de forma más frecuente durante los períodos indoloros. Como médicos de familia debemos basarnos en la anamnesis para poder discernir los casos graves que precisan de atención urgente así como seguimiento estrecho de los cambios que se puedan producir entre las distintas visitas del paciente a nuestra consulta.

Bibliografía

1. Martínez-Losas. Síndrome de Wellens. Carta clínic. Semergen. 2015;41:e70-1.
2. Electrocardiogram in the diagnosis of myocardial ischemia and infarction. Uptodate.
Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/electrocardiogram-in-the-diagnosis-of-myocardial-ischemia-and-infarction?source=search_result&search=s%C3%ADndrome%20de%20wellens&selectedTitle=1~3)

Palabras clave: Dolor torácico. SCASEST.