



262/45 - SÍNDROME DE WELLENS, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Romero Rodríguez^a, R. del Pozo Guzmán^b y J. García Cintas^c

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Occidente Azahara. Jaén. ^bMédico de Familia. Córdoba. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años que acude al servicio de urgencias de nuestro centro por 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 mismo día de la consulta. Como antecedentes médicos relevantes presenta hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, y reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol, sin antecedentes cardiológicos.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física resultó anodina. En las pruebas complementarias destaca una mínima elevación de troponina I de 0,27 ng/ml (límite superior 0,05 ng/ml), y la presencia de unas ondas T negativas y simétricas en precordiales V2-V5 del electrocardiograma. 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.

Juicio clínico: Síndrome de Wellens.

Diagnóstico diferencial: SCASEST; edema agudo de pulmón.

Comentario final: El síndrome de Wellens se define por la presencia de episodios de dolor torácico, alteraciones de la onda T en 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). 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 isquemia.

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;103:730-6.