



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4465 - WIDOW MAKER, UN TRAZADO PARA RECORDAR

M. Martínez Zabala<sup>a</sup>, C. Arina Cordeu<sup>a</sup>, L. Bea Berges<sup>b</sup> y S. Velilla Zancada<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. La Rioja. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nájera. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 44 años asmático, en tratamiento con formoterol/budesonida a demanda, sin antecedentes personales ni familiares de riesgo cardiovascular, que desde hace 1 año presenta molestias torácicas, que en el último mes aparecen con el esfuerzo, en forma de opresión centrotorácica no irradiada, sin cortejo vegetativo, que cede con el reposo. Su médico de familia solicita ECG y le deriva Urgencias, estando asintomático desde hacía una semana.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 137/93 mmHg, FC 68 lpm, T<sup>a</sup> 36 °C, Sat O<sub>2</sub> 96%. Exploración física completa normal. Troponina T ultrasensible máxima 81,0 ng/L (0,0-14,0), CK 304 U/L (24,0-195,0), mioglobina 65 ng/mL (70-70), sin movilizaciones tras seriación. Rx tórax: normal. ECG: sinusal a 55 lpm, T bifásicas en precordiales, sin cambios en Urgencias. Coronariografía: estenosis crítica con compromiso del flujo a nivel de descendente anterior media: intervencionismo coronario percutáneo (ICP): stent + sirolimus. Ecocardiograma (tras ICP): VI no dilatado, hipertrofia ventricular leve. Hipocinesia anterior media, apical anterior y septal. FEVI 50-55%. Resto normal. ECG al alta: sinusal a 62 lpm, T - en V2 a V5.

**Orientación diagnóstica:** Ángor inestable, síndrome de Wellens.

**Diagnóstico diferencial:** Wolf-Parkinson-White, patrón juvenil persistente de la onda T, efecto digitálico, isquemia, ACV, hipertrofia ventricular, miocarditis, pericarditis, TEP, preexcitación.

**Comentario final:** El síndrome de Wellens o síndrome de la arteria coronaria descendente anterior es un tipo de angina inestable, que a veces se manifiesta como ángor estable. Los criterios diagnósticos son dolor torácico anginoso, ECG normal con dolor torácico, marcadores de daño miocárdico normales o discretamente aumentados, ST normal o elevado < 1 mm, progresión normal de la onda R y ondas Q no patológicas en precordiales. En periodos asintomáticos: T bifásicas (patrón I, 24%) o invertidas, profundas y simétricas (patrón II, 76%) en V2 y V3, o también en V1, V4, V5 y V6, pudiendo combinarse ambos patrones. Constituye el 10-15% de todos los SCA y puede tomarse erróneamente por un trazado de alteraciones inespecíficas. Es vital conocer la contraindicación de prueba de esfuerzo y la necesidad de revascularización urgente, dado el alto riesgo de IAM anterior extenso.

### Bibliografía

1. Win Htut Oo SZ, et al. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2016,6:32011.

**Palabras clave:** Ángor. Wellens. ECG.