



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 377/4 - ¡PELIGRO!, EL PACIENTE YA SE ENCUENTRA BIEN

M. Rodríguez Alonso<sup>1</sup>, S. López Hernández<sup>2</sup>, R. Pérez García<sup>3</sup>, C. Estébanez Prieto<sup>4</sup>, I. Vilariño Fariña<sup>5</sup>, M. Prieto Dehesa<sup>3</sup>, R. Santos Santamarta<sup>6</sup>, E. Garrido López<sup>7</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>2</sup>Centro de Salud Arturo Eyries Valladolid. Área Valladolid Oeste. HURH. <sup>3</sup>Médico Residente. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Valladolid. <sup>4</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. <sup>5</sup>Médico Residente. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>6</sup>Médico Residente. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>7</sup>Médico Residente. Centro de Salud Armunia. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumadora desde 2006 con antecedentes personales de dislipemia y cardiopatía isquémica crónica con coronaria derecha revascularizada (stent en 2006), con acinesia inferior basal residual y fracción de eyección global del ventrículo izquierdo conservada. En tratamiento con adiro, bisoprolol, lisinopril, atorvastatina y omeprazol. Acude de urgencia a su centro de salud tras presentar un dolor de inicio en reposo, en región epigastrio-centrotorácico inferior, con dos vómitos de contenido bilioso y cifras tensionales elevadas en ambos brazos (190/120 mmHg), que tras aplicarle un puff de nitroglicerina revierte clínicamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente muestra una exploración anodina sin alteraciones en la auscultación cardiopulmonar ni a la exploración abdominal. En el ECG se observa una onda T hiperaguda en precordiales, motivo por el que se decide su derivación a urgencias hospitalarias. Allí la realizan una radiografía posteroanterior de tórax que no muestra datos de insuficiencia cardíaca y una analítica sin alteraciones en enzimas digestivas con una troponina ultrasensible de 278,4 que se eleva a 1876,4 a las 3 horas siguientes de la seriación. Por lo que se decide a ingresar en la Unidad Coronaria. Al ingreso en la unidad de coronaria se practica un cateterismo (a las 20 horas del inicio de la sintomatología) mostrando una oclusión trombótica de la descendente anterior media revascularizada mediante implante de stent recubierto, ingresando tras su realización en cardiología. Allí se encuentra estable clínica y hemodinámicamente, realizándose un eco transtorácico que muestra disfunción ventricular izquierda residual.

**Juicio clínico:** Síndrome coronario agudo- síndrome de Wellens.

**Diagnóstico diferencial:** Angor, disección de aorta, pericarditis, tromboembolismo pulmonar, neumotórax, neumonía, cólico biliar.

**Comentario final:** El síndrome de Wellens consiste en una serie de anormalidades en la onda t en precordiales del electrocardiograma secundarias a una estenosis crítica de la arteria descendente

anterior, pudiendo presentar estos pacientes unos valores de troponinas normales (solo el 12% de los pacientes presentan valores elevados de marcadores cardiacos- como es el caso en cuestión-). Consiste en una emergencia, pues a pesar de que la mayor parte de los pacientes se encuentren asintomáticos, indica que más de la mitad de la descendente anterior se encuentra trombosada y requiere una revascularización inmediata, ya que la mayor parte de estos pacientes desarrollaran un infarto extenso en la pared anterior en los días siguientes, no debiendo ser sometidos a pruebas de esfuerzo.

## **Bibliografía**

Tatli E, Aktoz M, Buyuklu M, Altun A. Wellens's syndrome: the electrocardiographic finding that is seen as unimportant. *Cardiol J.* 2009;16(1):73-5.

de Zwaan C, Bar 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(4 Pt 2):730-6.

Tandy TK, Bottomy DP, Lewis JG. Wellens's syndrome. *Ann Emerg Med.* 1999; 33(3):347-51.