

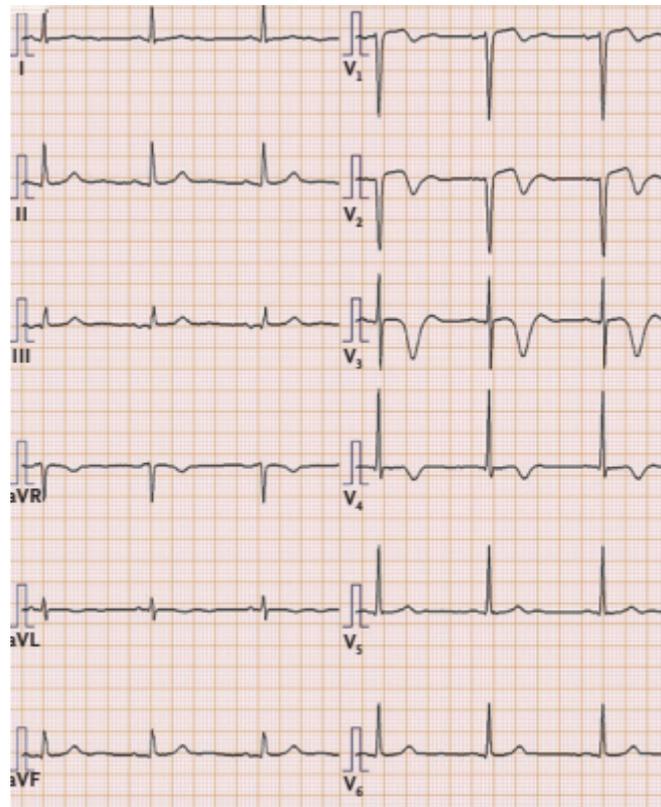


CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE WELLENS

Varón de 58 años de edad con enfermedad coronaria conocida que acude a Urgencias por episodios de dolor torácico intermitente en reposo de 24 horas de evolución.

A su llegada se realiza electrocardiograma en ausencia de dolor torácico, en el que se objetivan ondas T bifásicas en derivaciones V1-V2 y ondas T invertidas en derivaciones V3-V4.

Troponina ultrasensible de 0.41 ng/ml (valor referencia <0.1).

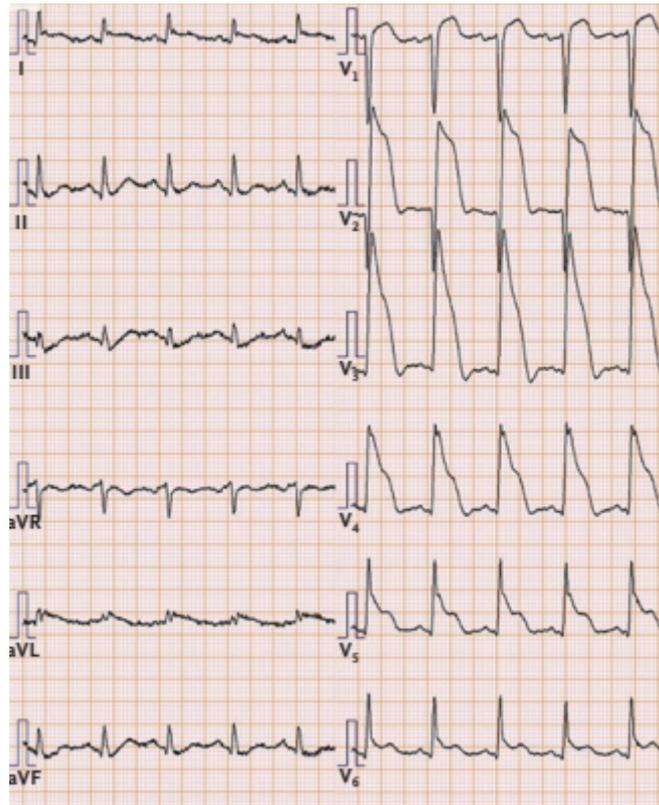


Primer EKG
sin dolor.

Las alteraciones electrocardiográficas descritas son características del Síndrome de Wellens, motivo por el que se consulta al Servicio de Cardiología y se programa la realización de cateterismo al día siguiente.

Ochenta minutos después de su llegada el paciente refiere un nuevo episodio de dolor torácico, al repetir el electrocardiograma se observa una elevación del segmento ST en todas las derivaciones precordiales, así como en I y aVL.

En la angiografía coronaria urgente se identifica una oclusión total a nivel proximal de la arteria descendente anterior, en la que se coloca stent farmacoadactivo.



Segundo EKG con dolor.

El **síndrome de Wellens** predice con una alta sensibilidad y especificidad la afectación de la porción proximal de la arteria descendente anterior.

Se caracteriza por la presencia de **ondas T bifásicas u ondas T profundas y simétricas en derivaciones precordiales, principalmente en V2-V3**, las cuales son visibles durante periodos libres de dolor debido a una reperfusión espontánea de la arteria. Por otro lado, durante los periodos de dolor es posible observar un ascenso del ST en dichas derivaciones, en relación a una nueva oclusión del vaso.

El tratamiento precoz está indicado, dado el alto riesgo de reoclusión de la arteria debido a la presencia de una placa de ateroma inestable.

En el caso de nuestro paciente, tras el procedimiento permaneció dos semanas en un programa de rehabilitación cardíaca.