

Síndrome de Wellens

Adalberto Arceo-Navarro^a, Carlos Harrison-Gómez^a, Francisco Sánchez-Lezama^b, Rómulo Armenta-Flores^c, Luis Gerardo Domínguez-Carrillo^d

Mujer de 41 años con clínica de angina desencadenada por ejercicio. Al interrogatorio no presentó factores de riesgo. A la exploración (sin dolor), presentó signos vitales y examen cardiovascular normales. El electrocardiograma (sin angor) mostró ritmo sinusal, eje normal, ondas T bifásicas en V1 y V2 y ondas T profundas e invertidas en V3 y V4. Niveles normales de troponinas.

Se diagnosticó síndrome de Wellens¹, descrito en 1980 y caracterizado por anomalías electrocardiográficas mencionadas asociadas a estenosis crítica (90%) proximal de la arteria descendente anterior izquierda² (ADA) (**figuras 1 a 4**). El patrón electrocardiográfico característico se presenta sólo durante períodos indoloros.

Sólo 12% de pacientes tienen elevación de bio-

marcadores cardíacos; 75% de los pacientes no revascularizados desarrollarán infarto de pared anterior^{3,4}.

Se efectuó angiogramografía; la **figura 1** muestra la estenosis de la ADA por placa ateromatosa; las otras imágenes tienen carácter didáctico, mostrando las estenosis pero no la placa. Se realizó angioplastia con técnica de balones apareados en ambas arterias estenosadas y se colocó un *stent* medicado en la ADA.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática. Debe recordarse que el síndrome de Wellens no es un diagnóstico clínico, es un diagnóstico electrocardiográfico.

Palabras clave: Síndrome de Wellens, arteria coronaria, angioplastia coronaria. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tatli E, Aktoz M, Buyuklu M, Altun A. Wellens' syndrome: the electrocardiographic finding that is seen as unimportant. *Cardiol J*. 2009;16:73-5.
2. Khan B, Alexander J, Rathod KS, Farooqi F. Wellens' syndrome in a 24-year-old woman. *BMJ Case Rep*. 2013; 30:323.
3. Li ZZ, Gao YL, Tao Y, Wang S, Wang Q, Ma CS, et al. Clinical and coronary angiographic features of young women with acute myocardial infarction. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi*. 2012;40:225-30.
4. Huber G, Wick N, Weber H. A young woman with angina pectoris: a brief report. *Eur Heart J*. 2010;31:1211.

^aServicio de Cardiología. Hospital Ángeles León. Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

^bCardiólogo. Jefe de la Unidad de Ecocardiografía del Hospital Ángeles León. Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

^cCirujano cardiovascular. Adscrito al Hospital Ángeles León. Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

^dEspecialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor de la Facultad de Medicina de León. Universidad de Guanajuato. Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

Correo electrónico: adalarce@yahoo.com

Recibido: 08/05/2014. Aceptado: 29/09/2014.

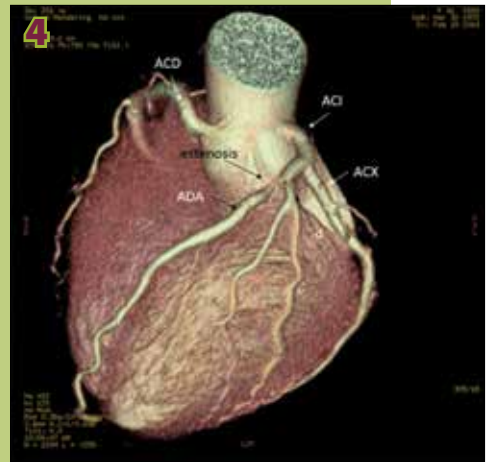
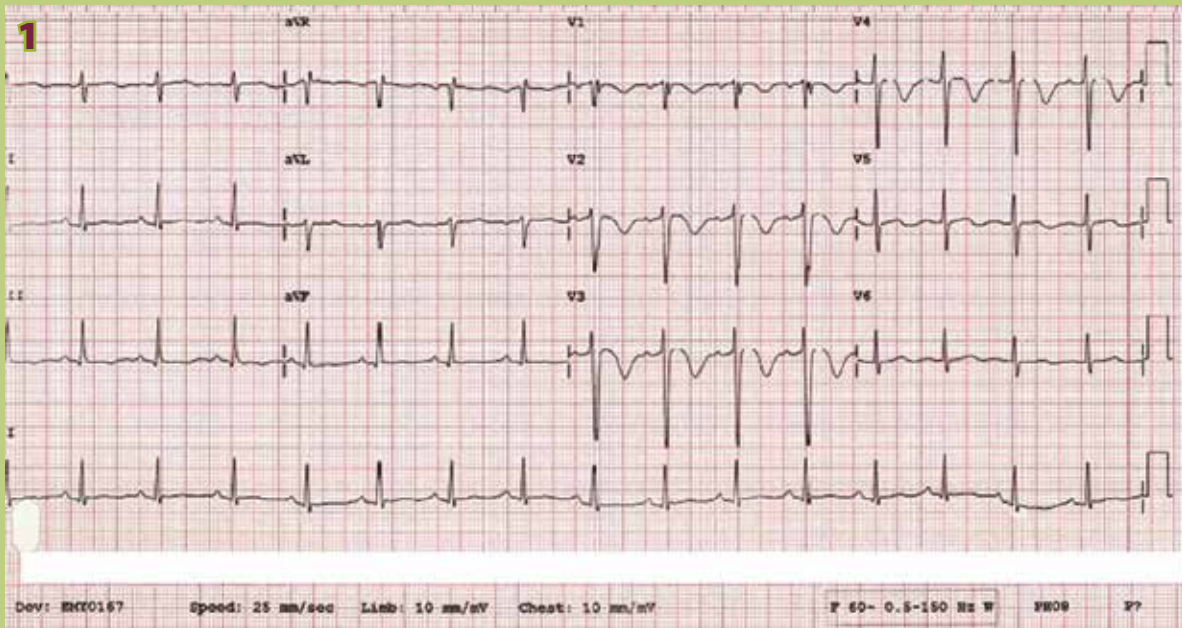


Figura 1. Electrocardiograma (sin angor) que muestra: ritmo sinusal, eje normal, ondas T bifásicas en V1 y V2 y ondas T profundas e invertidas en V3 y V4. Todos característicos del síndrome de Wellens.

Figura 2. Angiotomografía bidimensional: se aprecia lesión de la arteria descendente anterior izquierda a nivel proximal, la imagen permite valorar la luz vascular y el grosor de la pared, afectada por placa ateromatosa que la estenosa en 90%, no existe calcificación; se observa lesión en primera arteria diagonal con placa ostial que disminuye la luz vascular en 50-60%. ACI: arteria coronaria izquierda; ADA: arteria descendente anterior; Diag.: primera arteria diagonal.

Figura 3. Reconstrucción tridimensional de la aorta y la salida del árbol arterial coronario, se ve la salida del tronco de la coronaria izquierda, la primera diagonal con estenosis de un 50-60% proximal y ostial y la arteria descendente anterior con estenosis de 90%. ACD: arteria coronaria derecha; ACI: arteria coronaria izquierda; ACX: arteria circunfleja; ADA: arteria descendente anterior; d: primera arteria diagonal.

Figura 4. Reconstrucción tridimensional que incluye el corazón, en una vista craneal a 30° e izquierda 40° mostrando las lesiones comentadas.