



Arteria coronaria descendente anterior izquierda en síndrome de Wellens: cuatro perspectivas

Adalberto Arceo-Navarro,* Carlos Harrison-Gómez,† Francisco Sánchez-Lezama,§
Rómulo Armenta-Flores,|| Luis Gerardo Domínguez-Carrillo†

Femenina de 41 años con clínica de angina desencadenada por ejercicio; al interrogatorio, sin factores de riesgo; a la exploración (sin dolor), con 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

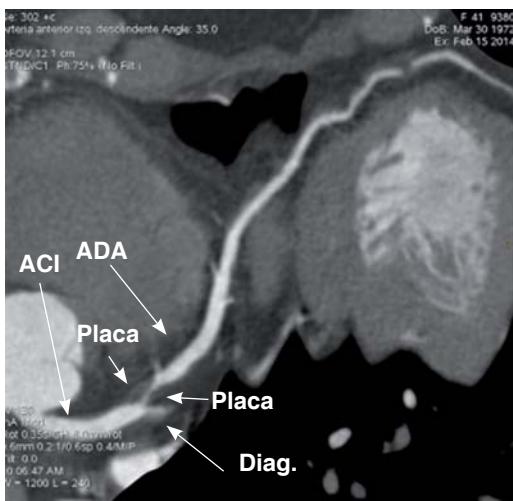


Figura 1. Angiotomografía bidimensional: se aprecia lesión de la arteria descendente anterior izquierda a nivel proximal; la imagen permite valorar la luz vascular y el grosor de la pared afectada por placa ateromatosa que la estenosa en 90%, no existe calcificación; se observa lesión en primera arteria diagonal con placa ostial que disminuye la luz vascular en 50-60%. ACI = Arteria coronaria izquierda; ADA = Arteria descendente anterior; Diag = Primera arteria diagonal.

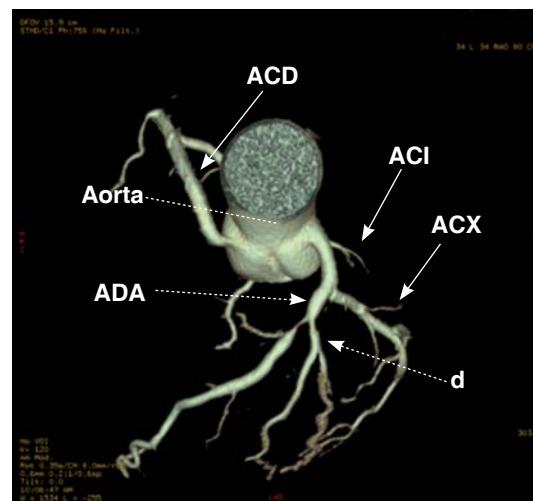


Figura 2. Reconstrucción tridimensional de la aorta y la salida del árbol arterial coronario; se ve la salida del tronco de la coronaria izquierda, la primera diagonal con estenosis de un 50-60% proximal y ostial, y la arteria descendente anterior con estenosis de 90%. ACD = Arteria coronaria derecha; ACI = Arteria coronaria izquierda; ACX = Arteria circunfleja; ADA = Arteria descendente anterior; d = Primera arteria diagonal.

* Cardiólogo Intervencionista, adscrito al Servicio de Cardiología del Hospital Ángeles León.

† Cardiólogo, adscrito al Servicio de Cardiología del Hospital Ángeles León.

§ Cardiólogo. Jefe de la Unidad de Ecocardiografía del Hospital Ángeles León.

|| Cirujano Cardiovascular, adscrito al Hospital Ángeles León.

† Especialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Correspondencia:

Dr. Adalberto Arceo Navarro

Correo electrónico: adalarce@yahoo.com

Aceptado: 12-05-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicographic.com/actamedica>

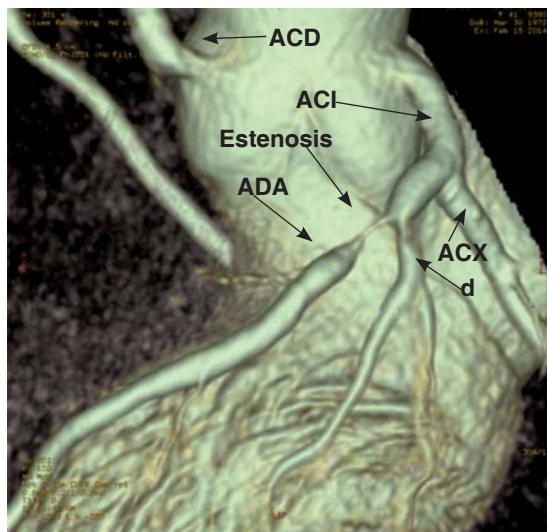


Figura 3. Reconstrucción tridimensional con estenosis de las arterias descendente anterior izquierda y primera diagonal.

V3 y V4; niveles normales de troponinas. Se diagnosticó síndrome de Wellens,¹ descrito en 1980 y caracterizado por anormalidades electrocardiográficas mencionadas asociados 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 el 12% de pacientes tienen elevación de biomarcadores cardíacos; 75% de los pacientes no revascularizados desarrollarán infarto de pared anterior.^{3,4} Se efectuó angiotomografía; en la figura 1 se 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

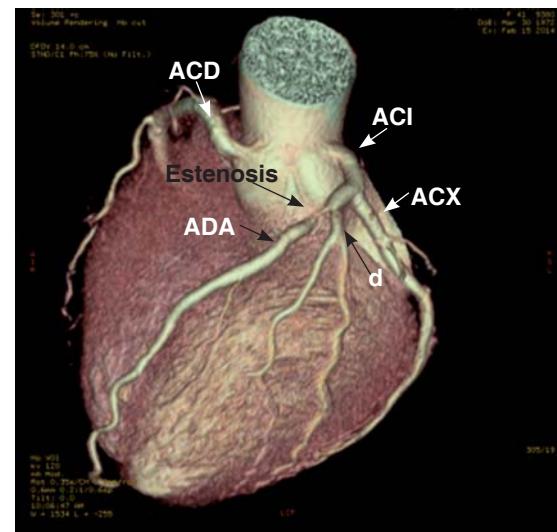


Figura 4. Reconstrucción tridimensional que incluye el corazón en una vista craneal a 30° e izquierda a 40°, mostrando las lesiones ya comentadas.

en ambas arterias estenosadas y colocación de un stent medicado en la ADA; actualmente la paciente se encuentra asintomática.

REFERENCIAS

1. Tatli E, Aktoz M, Buyuklu M, Altun A. Wellens' syndrome: the electrocardiographic finding that is seen as unimportant. *Cardiol J.* 2009; 16: 73-75.
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, DU X. Clinical and coronary angiographic features of young women with acute myocardial infarction. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi.* 2012; 40: 225-230.
4. Huber G, Wick N, Weber H. A young woman with angina pectoris: a brief report. *Eur Heart J.* 2010; 31: 1211.