

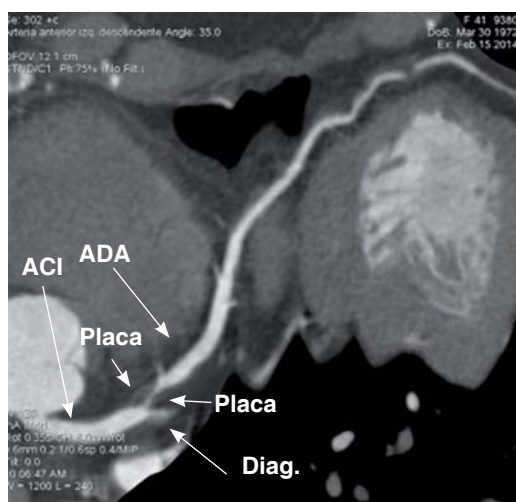


## Arteria coronaria descendente anterior izquierda en síndrome de Wellens: cuatro perspectivas

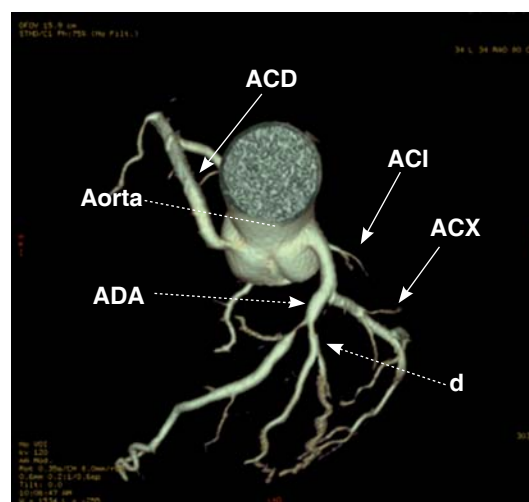
Adalberto Arceo-Navarro,\* Carlos Harrison-Gómez,† Francisco Sánchez-Lezama,§  
Rómulo Armenta-Flores,|| Luis Gerardo Domínguez-Carrillo¶

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.

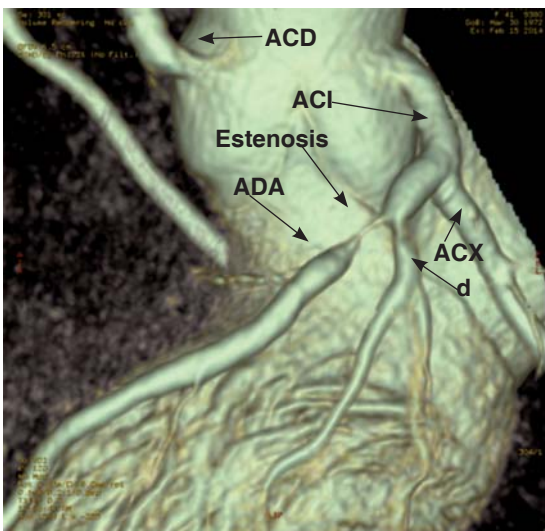
### Correspondencia:

Dr. Adalberto Arceo Navarro

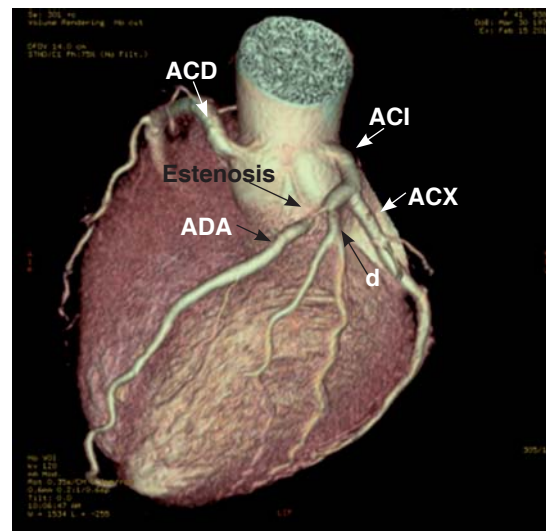
Correo electrónico: adalarce@yahoo.com

Aceptado: 12-05-2014.

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



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



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

V3 y V4; niveles normales de troponinas. Se diagnosticó síndrome de Wellens,<sup>1</sup> descrito en 1980 y caracterizado por anomalías electrocardiográficas mencionadas asociados a estenosis crítica (90%) proximal de la arteria descendente anterior izquierda<sup>2</sup> (ADA) (Figuras 1 a 4). El patrón electrocardiográfico característico se presenta sólo durante periodos indoloros. Sólo el 12% de pacientes tienen elevación de biomarcadores cardiacos; 75% de los pacientes no revascularizados desarrollarán infarto de pared anterior.<sup>3,4</sup> Se efectuó angiogramía; 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

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.