



CARDIOLOGÍA DEL ADULTO – REVISIÓN DE TEMAS

Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro



Carlos A. Carvajal^{a,*} y Diego J. Ardila^b

^a *Cardiología y Hemodinamia, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia*

^b *Cardiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

Recibido el 24 de octubre de 2014; aceptado el 15 de abril de 2015
Disponible en Internet el 29 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Infarto agudo de miocardio;
Electrocardiografía;
Angina

KEYWORDS

Acute myocardial infarction;
Electrocardiography;
Angina

Resumen El infarto agudo de miocardio es la principal causa de muerte en el mundo. Las guías de manejo de esta patología indican el estudio invasivo urgente en los casos de infarto con supradesnivel del ST o bloqueo nuevo de rama izquierda. Se han descrito patrones electrocardiográficos, que cuando se presentan en el contexto clínico de angina inestable o infarto, predicen la presencia de obstrucciones coronarias severas que pueden ocasionar la muerte. El reconocimiento de estos patrones es clave para su manejo. Se describe el síndrome de Wellens como parte de estas alteraciones predictoras de riesgo.

© 2014 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Wellens' syndrome: recognizing the risks

Summary Acute myocardial infarction is the leading cause of death worldwide. Dedicated management guidelines indicate urgent invasive study in cases of infarction with ST elevation or new left bundle branch block. Electrocardiographic patterns when present in the clinical setting of unstable angina or myocardial infarction predict the presence of severe coronary disease that can lead to death. The recognition of these patterns is very important to take management decisions. A description of Wellens' syndrome as part of these high-risk predictors is offered.

© 2014 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El infarto agudo de miocardio sigue siendo la causa más frecuente de muerte en nuestro país y en el mundo a pesar de los avances en la prevención y tratamiento de la

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: carlosandres.carvajal@gmail.com
(C.A. Carvajal).

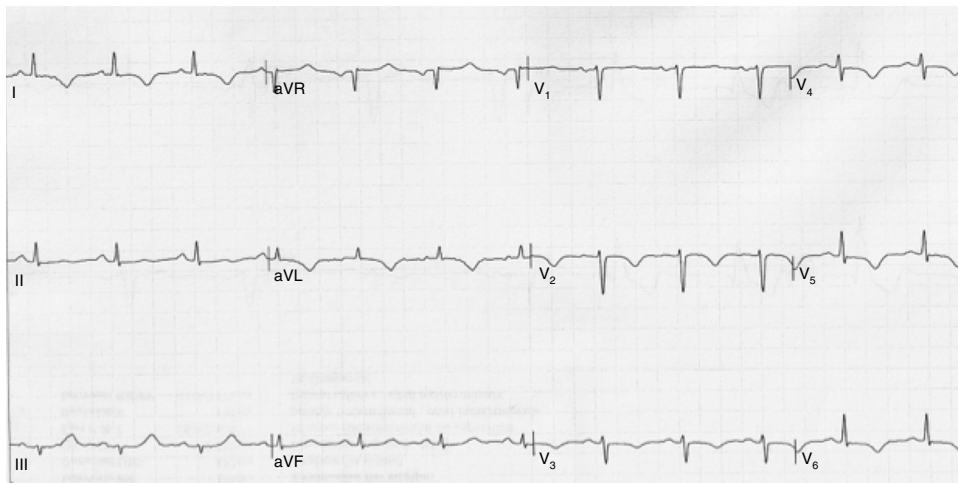


Figura 1 Electrocardiograma mostrando la inversión de la onda T simétrica en cara anterior.

enfermedad coronaria. El reconocimiento de la enfermedad es clave para evitar su desarrollo y prevenir desenlaces fatales. Los estudios invasivos para realizar terapias de reperfusión están indicados en pacientes con diagnóstico de infarto de miocardio con supradesnivel del ST o nuevo bloqueo de rama izquierda^{1,2}, sin embargo, existen algunas características electrocardiográficas que hacen sospechar compromiso severo de vasos con grandes territorios a riesgo que pueden desencadenar graves daños e inclusive el fallecimiento del paciente y que por tanto en su presencia se debe considerar el estudio invasivo urgente. Entre estos encontramos: ondas T positivas altas sin elevación del ST; depresión del ST con inclinación superior (upsloping) con ondas T positivas (signo de Winter); depresión difusa del ST en seis o más derivaciones inferiores y laterales asociadas a elevación del ST en aVr; inversión de la onda T con elevación del ST; ondas T invertidas profundas en derivaciones precordiales (síndrome de Wellens)³.

Presentamos dos casos tomados del Servicio de Hemodinamia de nuestra institución, con el fin de analizar las características del síndrome de Wellens.

Caso 1

Mujer de 67 años de edad, diabética no insulino-requiere, obesa, con hipertensión arterial y dislipidemia que consulta al servicio de urgencias por presentar dolor de características anginosas de menos de 30 minutos de duración iniciado en reposo, al ingreso se encuentra en buena condición general, sin alteraciones hemodinámicas y con un examen físico general y cardiovascular normal. El electrocardiograma (fig. 1), tomado en ausencia de dolor mostró inversión simétrica de la onda T en V1 a V6, DI y aVL. La medición de troponina (I) fue normal, así como otros exámenes incluyendo electrolitos. Con la sospecha de cambios eléctricos asociados a lesión de descendente anterior proximal (síndrome de Wellens) se realizó arteriografía coronaria encontrando una lesión severa de la arteria descendente anterior proximal (fig. 2). Se llevó a cabo una angioplastia e implante de stent medicado con buen resultado angiográfico y resolución de los síntomas.

Caso 2

Mujer de 64 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, quien ingresa en el servicio de urgencias con una historia de cuatro horas de evolución que consiste en episodios de dolor torácico en reposo, intermitente de características anginosas con duración no mayor a 15 minutos. Al ingreso su condición general es buena y al examen clínico no tenía alteraciones de importancia. Se toma un electrocardiograma que muestra inversión profunda y simétrica de la onda T en V2 a V6, DI y aVL (fig. 3). No presentó alteraciones en la medición de troponina (I), ni en otros paraclínicos incluyendo electrolitos. En la arteriografía coronaria no se demostró enfermedad coronaria significativa (fig. 4).

Discusión

La onda T normal es asimétrica con un ascenso rápido y un descenso gradual, normalmente positiva en DI, DII, V5 y V6; invertida en aVr y variable en DIII, aVL, aVf, V1 y V2. Las causas de inversión o alteraciones de la onda T se pueden dividir en *cambios primarios* en los que la despolarización es normal, como en los casos de patrón juvenil persistente de la onda T, el efecto digitálico, los eventos isquémicos o las enfermedades del sistema nervioso central; los *cambios secundarios* son resultado de un proceso de despolarización alterado como en los bloqueos de rama, la hipertrofia ventricular, la miocarditis, la pericarditis, los estados de preexcitación, las extrasístoles y los ritmos de marcapaso⁴. La mayoría de ellos tienen características clínicas que los hacen fácilmente reconocibles.

El síndrome de Wellens⁵, fue descrito por Wellens et al. en el año 1982⁶. Consiste en un patrón electrocardiográfico de cambios en la onda T en las derivaciones precordiales (inversión profunda simétrica de la onda T u ondas T bifásicas, progresión de la onda R preservada, ausencia de ondas Q patológicas y de elevación del ST)⁷, asociadas a síntomas de angina inestable, presentándose cuando el paciente está libre de dolor⁸, y sin elevación de las enzimas cardíacas (o solo una ligera elevación)⁹. Estos hallazgos se asocian

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3012056>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3012056>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)