

Síndrome de Wellens: desde el compromiso de la arteria descendente anterior hasta la revascularización coronaria percutánea.

Wellens syndrome: from involvement of the anterior descending artery to percutaneous coronary revascularization.

Miguel Ángel Montiel Alfonso ¹, Jorge Catalino Ávalos Larroza ²

Nancy Duarte Samudio ², Elder García Morínigo ²

¹ Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Postgrado, Asunción, Paraguay.

² Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Departamento de Medicina Interna, Asunción, Paraguay.



Recibido: 27/08/2024


Aceptado: 17/01/2025

Publicado: 20/02/2025

Autor correspondiente

Miguel Ángel Montiel Alfonso
Universidad Católica Nuestra
Señora de la Asunción, Paraguay
miganmontiel@gmail.com

Editor Responsable

Iván Barrios, PhD 
Universidad Nacional de Asunción,
San Lorenzo, Paraguay.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer
conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo
financiero para la investigación,
autoría y/o publicación de este
artículo.

Este artículo es publicado bajo una
[licencia de Creative Commons
Reconocimiento 4.0 Internacional.](#)



RESUMEN

El síndrome de Wellens es una entidad caracterizada electrocardiográficamente por la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales derechas. Corresponde a un subtipo de angina inestable con alto riesgo de progresar a infarto agudo de miocardio de la cara anterior. Su hallazgo predice con una alta sensibilidad y especificidad el compromiso de la porción proximal de la arteria descendente anterior, requiriendo una estrategia invasiva temprana con el objetivo de evitar sus complicaciones. A continuación, se presenta el caso de una paciente con manifestaciones electrocardiográficas diferentes que fueron llevados al laboratorio de hemodinamia para revascularización coronaria percutánea por compromiso de la arteria descendente anterior.

Palabras clave: síndrome coronario agudo; síndrome de Wellens; angina inestable aguda; enzimas cardíacas.

ABSTRACT

Wellens syndrome is an entity characterized electrocardiographically by the presence of inverted or biphasic T waves in right precordials. It is an unstable angina subtype with a high risk of progressing to acute myocardial infarction on the anterior face. Its finding predicts with high sensitivity and specificity the involvement of the proximal portion of the anterior descending artery, requiring an early invasive strategy to avoid complications. The following is a case of a patient with different electrocardiographic manifestations who was taken to the hemodynamic laboratory for percutaneous coronary artery revascularization by involvement of the anterior descending artery.

Keywords: acute coronary syndrome; Wellens syndrome; acute unstable angina; cardiac enzymes.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wellens es una entidad caracterizada electrocardiográficamente por la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales derechas (1). Corresponde a un subtipo de angina inestable con alto riesgo de progresar a infarto agudo de miocardio de la cara anterior (2). Su hallazgo predice con alta sensibilidad y especificidad el compromiso de la porción proximal de la arteria descendente anterior (1,3), requiriendo una estrategia invasiva temprana con el objetivo de evitar sus complicaciones. A continuación, presentamos el caso de una paciente con Síndrome de Wellens con manifestaciones electrocardiográficas diferentes que fueron llevados al laboratorio de hemodinamia para realización de cineangiocoronariografía con posterior revascularización coronaria percutánea por compromiso de la porción proximal de la arteria descendente anterior.

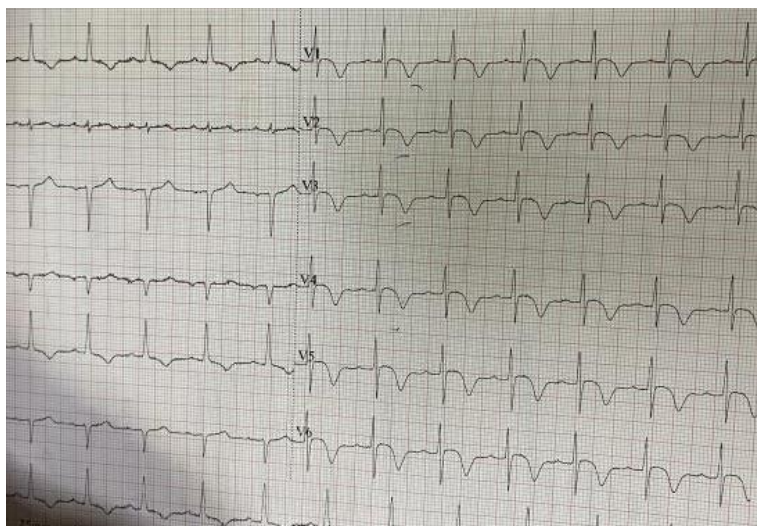
PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 68 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en

tratamiento con telmisartán de 80 mg/día, diabetes mellitus tipo 2 en insulino terapia, obesidad, dislipidemia mixta, etilismo y tabaquismo quien acudió al servicio de Urgencias por cuadro de dolor precordial opresivo desencadenado en reposo, de intensidad moderada, con una duración de menos de 30 minutos, que ceden espontáneamente, sin irradiaciones, sin disnea acompañante ni síndrome neurovegetativo (SNV) asociado, sin factores atenuantes ni desencadenantes aparentes.

Al momento del ingreso a urgencias, la paciente se encontraba sin dolor precordial. A la exploración se documentan signos vitales dentro de los límites normales y sin alteraciones al examen físico. Como rutina de ingreso, se realizó radiografía de tórax y bioquímica sanguínea basal, los cuales retornan normales. El electrocardiograma (ECG) tomado en el periodo asintomático mostró inversión simétrica de ondas T en precordiales (V1-V6) (Figura 1) y troponina I con resultado levemente positivo (valor máximo de la curva ascendió hasta 190 ng/L)

FIGURA 1. ELECTROCARDIOGRAMA CON INVERSIÓN SIMÉTRICA DE ONDAS T EN DERIVADAS PRECORDIALES (SÍNDROME DE WELLENS TIPO 2).



Se ingresó al laboratorio de hemodinamia bajo la sospecha clínica de un síndrome de Wellens, observando oclusión completa del segmento proximal de la arteria descendente anterior en la cineangiocoronariografía (Figura 2). Posteriormente se realizó revascularización coronaria percutánea con implante de un stent medicado, obteniendo flujo TIMI 3 y excelente resultado angiográfico (Figura 3).

La paciente permaneció hospitalizada por cuatro días en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Central, siendo dada de alta con indicaciones de ácido acetil salicílico 125 mg/día; clopidogrel 75 mg/día; atorvastatina 80 mg/día, nevigolol 5 mg/día; losartán 50 mg/día, con indicación de abandono del hábito tabáquico y seguimiento por consultorio de cardiología.

FIGURA 2. ANGIOGRAFÍA CORONARIA EVIDENCIANDO OCLUSIÓN COMPLETA DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR EN SU SEGMENTO PROXIMAL.



**Se observa además estenosis moderada de la primera rama diagonal de la ADA.*

FIGURA 3. CORONARIOGRAFÍA POSREVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA



DISCUSIÓN

El síndrome de Wellens (SW) es una entidad caracterizada electrocardiográficamente por la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales derechas; las cuales lo categorizan en dos tipos diferentes: el tipo 1, encontrado en el 24% de los casos, presenta ondas T bifásicas en las derivadas V2–V3 con una elevación insignificante o inexistente del segmento ST; el tipo 2, es el más frecuentemente encontrado y se caracteriza por la presencia de ondas T invertidas, profundas y simétricas en precordiales

derechas, aunque también pueden encontrarse de V1 a V5 (1-4).

Entre los criterios diagnósticos se destaca la ausencia de ondas Q patológicas, con una elevación insignificante del segmento ST (<1 mm), progresión normal de la onda R en las precordiales y enzimas miocárdicas normales o sutilmente elevadas (5). Está asociado a síntomas de angina inestable; sin embargo, este patrón electrocardiográfico se observa en periodos libres de dolor al momento de la toma del electrocardiograma (ECG) (6).

Los mecanismos asociados a los cambios electrocardiográficos no han sido dilucidados con claridad; se habla de la posibilidad de un miocardio aturdido por reperfusión, debido a la oclusión del flujo de la arteria coronaria descendente anterior que se restablece espontáneamente y se cree que otros elementos como el espasmo coronario, la sobrecarga ventricular derecha, la enfermedad microvascular o los trastornos inespecíficos de la repolarización miocárdica puedan estar involucrados en su aparición (7).

La terapia farmacológica consiste en antiplaquetarios, antitrombóticos, estatinas y betabloqueadores (8,9), aunque cabe resaltar que el manejo con medicamentos es insuficiente para la prevención de la morbilidad y la mortalidad, siendo la intervención coronaria percutánea el tratamiento definitivo (10), pues si el

paciente no es llevado a una revascularización temprana puede presentar disfunción ventricular izquierda, infarto de la cara anterior del miocardio o muerte súbita (8-10).

Los pacientes con síndrome coronario agudo que presentan los característicos patrones electrocardiográficos de «Wellens» deben reconocerse y considerarse de alto riesgo de progresión a infarto anterior extenso, indicando precozmente terapia de revascularización coronaria.

Se consideró comunicar este caso debido a que no es un síndrome de reconocimiento inmediato. La importancia es la concientización de médicos de primer y segundo contactos para el adecuado envío a unidades de hemodinamia en caso de observación de ese patrón electrocardiográfico.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Miguel Angel Montiel Alfonso contribuyó a la concepción y redacción del reporte de caso. Jorge Catalino Ávalos Larroza, Nancy Duarte Samudio y Elder García Morínigo participaron en la recopilación de datos, análisis de la información y revisión crítica del manuscrito.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

No hay datos asociados con esta investigación.

COMENTARIOS DE REVISORES

El nombre de los revisores externos, así como su dictamen se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [Dictamen 501.pdf](#)

REFERENCIAS

1. H. Mai, X. Lan, D. Lu, et al. Wellens' Syndrome with a proximal left anterior descending artery occlusion. *Clin Case Rep.* 2016;4(6):558–560. <https://doi.org/10.1002/ccr3.479>
2. Z.S.Z. Win Htut Oo, K. Khalighi, A. Kodali, et al. Omnious T-wave inversions: Wellens' syndrome revisited. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2016;6(4):32011. <https://doi.org/10.3402/jchimp.v6.32011>
3. S. Ozdemir, T. Cimilli Ozturk, Y. Eyinc, et al. Wellens' Syndrome - Report of two cases. *Turk J Emerg Med.* 2016;15(4):179–181. [URL](#)
4. C.A. Carvajal, D.J. Ardila. Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro. *Rev Colomb Cardiol.* 2015;22(5):244-248. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.04.002>
5. Patel K, Alattar F, Koneru J, et al. ST-Elevation myocardial infarction after pharmacologic persantine stress test in a patient wellens' syndrome. *Case Rep Emerg Med.* 2014;530451:3. <https://doi.org/10.1155/2014/530451>
6. Raheja P, Sekhar A, Lewis D. Wellens' syndrome over the past three decades. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2017;18(10):803-804. <https://doi.org/10.2459/jcm.0b013e32835ffbf8>
7. Carvajal CA, Ardila DJ. Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro. *Rev Colomb Cardiol.* 2015;22:244-8. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.04.002>
8. Jaiswal D, Boudreau D. An incidental case of Wellens' syndrome in a community emergency department. *World Emerg Med.* 2016;7(2):153–156. [URL](#)
9. Win HtutOo SZ, Khalighi K, Kodali A, et al. Omnious T-wave inversions: Wellens' syndrome revisited. *J Comm Hosp Int Med Pers.* 2016; 6:32011. [URL](#)
10. Corrao S, Amico S, Calvo L, Barone E, Licata G. An uncommon clinical picture: Wellens' syndrome in a morbidly obese young man. *Int Emerg Med.* 2010;5(5):443-5. <https://doi.org/10.1007/s11739-010-0374-9>