



## Síndrome de Wellens: síndrome de la onda T de la coronaria descendente anterior izquierda

### Wellens syndrome: left anterior descending coronary T wave syndrome

Sandeep Khanna<sup>a</sup>, Sergio Bustamante<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Anestesiología General y Departamento de Investigación en Desenlaces, Anesthesiology Institute, Cleveland Clinic Foundation. Cleveland, Ohio

<sup>b</sup> Departamento de Anestesiología Cardiorácnica, Anesthesiology Institute, Cleveland Clinic Foundation. Cleveland, Ohio.

El síndrome de Wellens es un evento perioperatorio poco común. Se asocia a estenosis de la arteria descendente anterior proximal (ADA) e infarto masivo inminente de la pared anterior del miocardio.<sup>1,2</sup> Se han descrito dos patrones electrocardiográficos: tipo A y B.

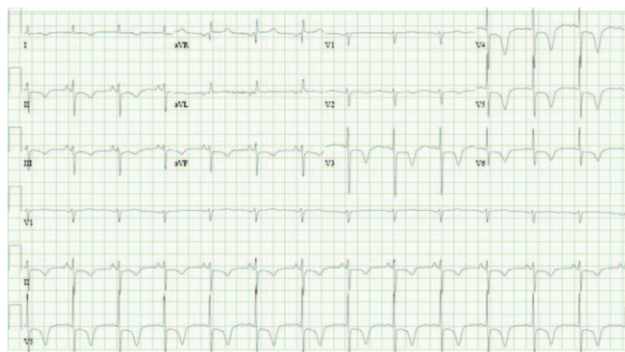


Figura 1. Electrocardiograma de 12 derivaciones que muestra inversiones profundas de la onda T en las derivaciones precordiales. Fuente: Autores.

El síndrome de Wellens tipo A se caracteriza por inversiones progresivas profundas de la onda T en las derivaciones precordiales V3 a V5 (Figura 1). Además de la ausencia de elevación del segmento ST y de las ondas Q,



Figura 2. Angiografía coronaria que muestra estenosis de la arteria descendente anterior proximal izquierda. Fuente: Autores.

Cómo citar este artículo: Khanna S, Bustamante S. Wellens syndrome: left anterior descending coronary T wave syndrome. Colombian Journal of Anesthesiology. 2019;47:178–179.

Read the English version of this article on the journal website [www.revcolanest.com.co](http://www.revcolanest.com.co).

Copyright © 2019 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Department of General Anesthesiology and Department of Outcomes Research, Anesthesiology Institute, Cleveland Clinic Foundation. 9500 Euclid Avenue, E3-108, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio 44122. Correo electrónico: [khannas@ccf.org](mailto:khannas@ccf.org)

Colombian Journal of Anesthesiology (2019) 47:3

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000116>

hay presencia de progresión de la onda R normal. Estos cambios, acompañados de una historia de dolor torácico anginoso y una troponina normal o con mínima elevación, definen el síndrome de Wellens. Este patrón electrocardiográfico se presenta durante periodos sin dolor en pacientes con angina intermitente y representa reperfusión entre episodios de isquemia.

En el síndrome de Wellens tipo B se observan ondas T bifásicas en las derivaciones precordiales, en lugar de ondas T profundamente invertidas. La ausencia de cambios en el segmento ST y la elevación de la troponina son falsamente tranquilizantes.<sup>1,2</sup> La angiografía coronaria revela estenosis proximal severa de la descendente anterior izquierda (DAI) (Figura 2). Estas imágenes corresponden a una paciente de 70 años de edad, quien se presenta para broncoscopia ambulatoria bajo anestesia general por sospecha de neumonía. Este procedimiento se canceló y la paciente se ingresó para una angiografía coronaria realizada por cardiología. En la ecocardiografía, los territorios perfundidos por la arteria DAI pueden mostrar hipoquinesia o aquinesia (Videos 1a, <http://links.lww.com/RCA/A871> y b, <http://links.lww.com/RCA/A872> [Fuente: Sandeep Khanna.]).

La valoración anestésica de dichos pacientes incluye una rápida evaluación de la vía aérea, de la respiración y de la circulación. Además, se hace una historia abreviada y un examen físico, estableciendo el acceso endovenoso y priorizando el monitoreo. Se garantiza la disponibilidad del equipo de reanimación. Se recomienda realizar electrocardiogramas seriados y evaluaciones de troponina. Es prudente realizar una consulta temprana con cardiología, dado que la intervención percutánea de urgencia o la revascularización [Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)] son las modalidades de tratamiento de elección. La prueba de esfuerzo está contraindicada, porque puede precipitar un infarto masivo del miocardio. En caso de presentarse dolor torácico, se recomienda

iniciar la administración de aspirina por vía oral, nitratos por vía sublingual, betabloqueantes, estatinas y analgésicos opioides, si no hay contraindicaciones.<sup>2,3</sup>

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** No se realizaron experimentos en personas ni animales.

**Confidencialidad de la información.** Se siguieron todos los protocolos de nuestra institución y se retiraron los identificadores de los pacientes y del hospital en todas las imágenes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Dado que se retiraron los identificadores del paciente y del hospital, no se solicitó consentimiento informado para este proyecto.

### Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la preparación del presente artículo.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés que declarar.

### Referencias

1. De Zwaan C, Bär FW, Janssen JH, Cheriex EC, Dassen WR, Brugada P, et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J* 1989;117:657-665.
2. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. *Am J Emerg Med* 2002;20:638-643.
3. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. *Circulation* 2014;130:e344-e426.