- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.169 Sat, 12 Jul 2025, 09:01:25

A CURA DI MATTEO BERTINI, GIANLUCA CAMPO E CLAUDIO RAPEZZI

Paziente con dolore toracico atipico e onde T negative

Francesco Condello[1], Antonio Taormina[2]

[1]*Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele (MI)*
[2]*Humanitas Clinical and Research Center IRCCS, Rozzano (MI)*

G Ital Cardiol 2021;22(2):121

DIAGNOSI ECG?

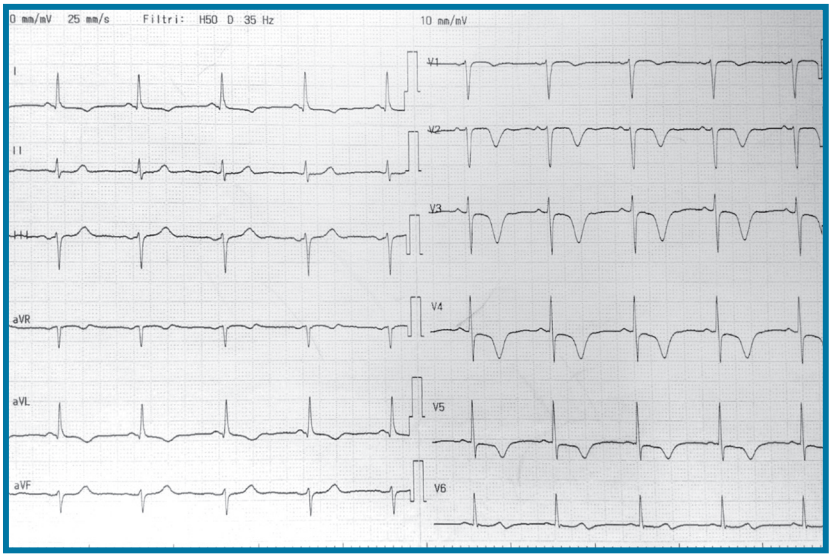
1. Miocardite acuta
2. Cardiomiopatia ipertrofica a localizzazione apicale
3. Sindrome di Wellens di tipo 2
4. Sindrome tako-tsubo

DESCRIZIONE DEL CASO

Uomo di 71 anni, iperteso, ex fumatore (circa 20 sigarette/die fino a 8 anni fa). Familiarità negativa per cardiopatia ischemica e morte improvvisa. Terapia farmacologica domiciliare: irbesartan 150 mg/die. Da circa 1 settimana episodi di angor da sforzo, della durata di 5-10 min, che regrediscono con il riposo. Giunge in Pronto Soccorso per dolore toracico atipico, associato a dispnea e sudorazione algida, durato 10 min. Alla valutazione cardiologica: asintomatico, dolore regredito. Obiettività cardiopolmonare: negativa. Radiografia del torace, emocromo, D-dimero: nella norma. Troponina I a 0.3 e 6 h: negativa con trend stabile. Colesterolo LDL 135 mg/dl, emoglobina glicata 5.5%. Ecocardiogramma: nella norma.

DESCRIZIONE DELL'ECG

Ritmo sinusale a 65 b/min, onda P nei limiti, normale conduzione atrioventricolare e intraventricolare, deviazione assiale sinistra, onde T simmetriche e profondamente negative nelle derivazioni V2-V5, onde T invertite in D1-aVL, difasica in V6, intervallo QTc 455 ms.



DISCUSSIONE

La diagnosi corretta è **sindrome di Wellens di tipo 2**. La sindrome di Wellens è costituita da due reperti ECG caratteristici. Il tipo 2 è più comune ed è caratterizzato da onde T negative, simmetriche nelle derivazioni precordiali da V2 a V5. La clinica del paziente con sindrome di Wellens è caratterizzata da una storia di angina, con marcatori di miocardiocitonecrosi normali o poco aumentati, normale progressione dell'onda R e assenza di onde Q/infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST, negativizzazione delle onde T durante il periodo libero da dolore e pseudonormalizzazione delle onde T durante il periodo sintomatico. Un precoce riconoscimento è importante perché tale condizione può evolvere in un infarto miocardico anteriore massivo, in quanto fortemente sospetta per una stenosi critica a livello dell'arteria interventricolare anteriore prossimale/media.

© 2021 Il Pensiero Scientifico Editore
e-mail: francesco.condello@humanitas.it