

brana (ascenso lento y de larga duración). La suma de este pequeño cambio con el potencial de acción transmembrana del subepicardio explica la depresión del punto J y la onda T alta del trazado electrocardiográfico.

El «patrón de De Winter» es uno más de los patrones de confusión en el SCACEST en evolución que los profesionales asistenciales de estos pacientes deben conocer, porque el retraso diagnóstico conlleva infartos extensos.

Miquel Fiol Sala<sup>a</sup>, Antonio Bayés de Luna<sup>b</sup>, Andrés Carrillo López<sup>c</sup> y Javier García-Niebla<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa), Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

<sup>b</sup>Institut Català de Ciències Cardiovasculars, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>c</sup>Unidad Coronaria, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

<sup>d</sup>Servicios Sanitarios del Área de Salud de El Hierro, Centro de Salud Valle del Golfo, Frontera, Sta. Cruz de Tenerife, España

## El «patrón de De Winter» puede evolucionar a síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Respuesta



### The “De Winter Pattern” Can Progress to ST-segment Elevation Acute Coronary Syndrome. Response

Sr. Editor:

Agradecemos a Fiol Sala et al sus comentarios en relación con nuestra publicación<sup>1</sup>. En su experiencia, el «patrón electrocardiográfico de De Winter» estaría justificado por una oclusión incompleta de la arteria descendente anterior que explicaría la ausencia de elevación del segmento ST. Esta aseveración contrasta con las observaciones del grupo de De Winter<sup>2</sup>, que resaltan la invariabilidad del patrón electrocardiográfico desde el primer contacto médico hasta la llegada al laboratorio de hemodinámica, pues la mayoría de los pacientes (86%) tienen flujo TIMI 0 o 1 en la coronariografía. La presencia o ausencia de colaterales tampoco parece ser determinante, dado que únicamente el 28% de los casos de la misma serie presentaban colaterales (Rentrop 2-3) hacia el territorio de la arteria descendente anterior. Respecto al preconditionamiento isquémico, desconocemos qué papel tiene en ese contexto. La serie anterior no menciona la existencia de angina previa al episodio que pudiese indicar una oclusión intermitente de la arteria antes de la trombosis completa. En nuestro caso, ninguno de nuestros pacientes presentaba síntomas anginosos previos. A diferencia del caso descrito por Dressler et al<sup>3</sup>, en el que presumiblemente había oclusión completa de la arteria descendente anterior proximal pese a la ausencia de confirmación angiográfica, la perfusión coronaria impide observar la ulterior evolución del electrocardiograma. Por lo tanto, coincidimos con Fiol Sala et al en que es posible que aparezca ascenso del segmento ST en ausencia de restauración del flujo coronario.

En el caso presentado por Fiol Sala et al, la figura B no muestra la característica depresión del ST a nivel del punto J del «patrón de De

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [jniebla72@hotmail.com](mailto:jniebla72@hotmail.com) (J. García-Niebla).

On-line el 24 de septiembre de 2015

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montero-Cabezas JM, Frank Van-der-Kley F, Karalis I, Schali J. Oclusión aguda de la arteria descendente anterior proximal con patrón electrocardiográfico inusual: no todo es ascenso del ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68:541-3.
2. Dressler W, Roesler H. High T waves in the earliest stage of myocardial infarction. Am Heart J. 1947;34:627-45.
3. De Winter RJ, Verouden NJ, Wellens HJ, Wilde AA. A new sign of proximal LAD occlusion. N Engl J Med. 2008;359:2071-3.
4. Birnbaum Y, Sclarovsky S, Blum A, Mager A, Gabbay U. Prognostic significance of an initial electrocardiographic pattern in a first acute anterior wall myocardial infarction. Chest. 1993;103:1681.
5. Gorgels AP. Explanation for the electrocardiogram in subendocardial ischemia of the anterior wall of the left ventricle. J Electrocardiol. 2009;42:248-9.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.02.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.009>

Winter», por lo que entendemos que no es un ejemplo válido para ilustrar lo previamente expuesto.

Agradecemos el mecanismo fisiopatológico propuesto, que se suma a los sugeridos con anterioridad<sup>2,4</sup>. Sin embargo, la característica gran extensión del infarto y la posterior evolución eléctrica tras la angioplastia indican una afección más allá del subendocardio, en contraposición con observaciones previas que relacionan el descenso del segmento ST con onda T prominente positiva con isquemia subendocárdica localizada<sup>4</sup>.

José M. Montero-Cabezas\*, Frank van der Kley, Ioannis Karalis y Martin J. Schali J

Interventional Cardiology Unit, Department of Cardiology, Leiden University Medical Center, Leiden, Países Bajos

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [jmmonterocabezas@gmail.com](mailto:jmmonterocabezas@gmail.com)

(J.M. Montero-Cabezas).

On-line el 26 de septiembre de 2015

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montero-Cabezas JM, Frank Van-der-Kley F, Karalis I, Schali J. Oclusión aguda de la arteria descendente anterior proximal con patrón electrocardiográfico inusual: no todo es ascenso del ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68:531-43.
2. Verouden NJ, Koch KT, Peters RJ, Henriques JP, Baan J, Van der Schaaf RJ, et al. Persistent precordial “hyperacute” T-waves signify proximal left anterior descending artery occlusion. Heart. 2009;95:1701-6.
3. Dressler W, Roesler H. High T waves in the earliest stage of myocardial infarction. Am Heart J. 1947;34:627-46.
4. Verouden NJ, De Winter RJ. Persistent precordial “hyperacute” T waves signify proximal left anterior descending artery occlusion. The authors' reply Heart. 2009;95:1952-3.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.002>