Síndrome de Wellens: o infarto agudo do miocárdio iminente

Wellens Syndrome: impending acute myocardial infarction

Miguel Bernardino Antunes Vicente1iD, Luís Mariano de Lima Domingos1iD, Afonso Victorino António Kapenda1iD, Elizabeth Luila Banzanga1iD, Tomás Carlos Méndez Peralta1iD

DOI: 10.31160/JOTCI202230A20220007

RESUMO – A síndrome de Wellens foi descrita em 1982 por Zwaan, Bär e Wellens. No eletrocardiograma, observam-se alterações morfológicas da onda T nas derivações precordiais, sugerindo estenose proximal grave da artéria coronária descendente anterior que representa iminente risco de infarto agudo do miocárdio e/ou morte súbita, com discreta ou nenhuma alteração da troponina sérica. Seu reconhecimento antecipado e a abordagem com reperfusão miocárdica precoce evitam desfechos desfavoráveis. A intervenção coronária percutânea e a revascularização miocárdica cirúrgica são as estratégias mais utilizadas para tratamento. Os autores descrevem dois casos de síndrome de Wellens tipos A e B tratados por diferentes estratégias de reperfusão.

Descritores: Infarto do miocárdio; Revascularização miocárdica; Doença da artéria coronariana; Eletrocardiografia; Síndrome; Angioplastia coronária com balão

ABSTRACT – Wellens syndrome was described by Zwaan, Bär and Wellens, in 1982. On the electrocardiogram, T wave morphological alterations are observed in precordial leads, suggesting severe proximal stenosis of the left anterior descending coronary artery and an imminent risk of acute myocardial infarction and/or sudden death, with slight or no alteration in serum troponin. Its early recognition and management with early myocardial reperfusion avoid unfavorable outcomes. Percutaneous coronary intervention and surgical myocardial revascularization are the most used strategies for treatment. The authors describe two cases of types A and B Wellens syndrome treated with different reperfusion strategies.

Keywords: Myocardial infarction; Myocardial revascularization; Coronary artery disease; Electrocardiography; Syndrome; Angioplasty, balloon, coronary

INTRODUÇÃO

A síndrome de Wellens (SW) é uma síndrome coronária aguda (SCA) com padrão eletrocardiográfico caracterizado pela presença de onda T invertida e/ou bifásica em derivações precordiais associado à troponina normal e/ou discretamente alterada, que é altamente sugestiva de lesão proximal grave da artéria descendente anterior (ADA).2 Tem prevalência de 15% de todas SCA.2

Esse padrão eletrocardiográfico descrito há exatas quatro décadas por de Zwaan et al. é especialmente visto em V2 e V3 e está relacionado a mau prognóstico pelo risco iminente de infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita.1 A SW pode se apresentar com ou sem dor, porém seu reconhecimento e sua abordagem precoce com estratégia de reperfusão imediata são de extrema importância para evitar consequências drásticas.3

Os autores apresentam dois casos de SW tipos A e B diagnosticados antecipadamente e tratados por intervenção coronária percutânea (ICP) e revascularização miocárdica cirúrgica (RM) com sucesso.

RELATOS DOS CASOS

Caso 1

Mulher de 62 anos de idade, negra, tabagista, hipertensa, diabética há 5 anos, proveniente de um consultório médico privado, onde referiu dor precordial opressiva,
intermitente 72 horas antes da admissão, apresentava-se assintomática nas últimas 24 horas. Por conta de sua queixa, decidiu-se realizar um eletrocardiograma, que evidenciou bradicardia sinusal e ondas T bifásicas em parede anterior (Figura 1A). Não foi medicada no consultório e, por indisponibilidade de meios diagnósticos e abordagem técnica específica, optou-se por transferi-la à nossa clínica, com a hipótese diagnóstica de SCA. À chegada, mantinha-se sem dor, realizou-se novo eletrocardiograma que evidenciou bradicardia sinusal, ondas T bifásicas em V2-V3 (Figura 1B); a troponina estava em 1,51ng/mL (valor de referência: 0,00 a 0,50), decidindo-se pela internação na unidade de terapia intensiva, pois apresentava-se estável e sem dor.

No dia seguinte, foi realizada coronariografia, que revelou lesão proximal grave de 99% da artéria descendente anterior (Figura 2A). Procedeu-se à ICP com stent farmacológico Xcience Sierra™ 3,5x23mm, com fluxo Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) final III (Figura 2B). A paciente obteve alta 2 dias depois, com dupla antiagregação plaquetária (aspirina e clopidogrel) e manteve-se assintomática.

**Caso 2**

Homem de 63 anos de idade, negro, tabagista, hipertenso e diabético. Procurou o Serviço de Urgência por dor anginosa opressiva em evolução há 2 semanas, que se intensificara 6 horas antes, associada a cansaço, sem fatores desencadeantes. Eletrocardiograma evidenciou bradicardia sinusal com ondas T negativas em V1-V5 (Figura 3A); troponina era de 0,026ng/mL (valor de referência: 0,00 a 0,50). A coronariografia de urgência revelou estenose proximal grave de 99% da artéria descendente anterior, envolvendo o óstio (Figura 3B). Dada a complexidade da abordagem, decidiu-se pela RM, com ponte de artéria mamária interna esquerda-artéria descendente anterior, com sucesso. O ecocardiograma pós-operatório evidenciou função sistólica biventricular conservada, sem alterações segmentares. O paciente seguia com evolução satisfatória.

**Figura 1.** Eletrocardiograma de 12 derivações. (A) Bradicardia sinusal, ondas T bifásicas (V2-V4). (B) Bradicardia sinusal e ondas T bifásicas (V2 e V3) do tipo A da síndrome de Wellens.
Síndrome de Wellens

**DISCUSSÃO**

Desde seu primeiro relato há quatro décadas,¹ o padrão eletrocardiográfico da SW sugestivo de lesão proximal grave da artéria descendente anterior permanece um desafio frequentemente subestimado por médicos nas urgências, principalmente quando os pacientes se apresentam assintomáticos no momento da admissão,⁴ o que potencializa o risco de desfechos desfavoráveis, quando não identificados e tratados com reperfusão miocárdica imediata, mesmo se os pacientes são mantidos em tratamento clínico.⁵

---

**Figura 2.** Angiografia coronária realizada por abordagem transradial direita. (A) Vista obliqua anterior direita a 37° e cranial a 0,6°, na qual se observam 99% de estenose da artéria descendente anterior proximal (seta). (B) Vista obliqua anterior direita a 38° com cranial a 28°, após intervenção coronária percutânea com stent farmacológico e restabelecimento do fluxo coronário *Thrombolysis in Myocardial Infarction* III.

**Figura 3.** (A) Eletrocardiograma demonstra bradicardia sinusal e inversão da onda T (V1-V6), do tipo B da síndrome de Wellens. (B) Angiografia coronária realizada por abordagem transradial direita com projeção obliqua anterior esquerda a 22° e cranial a 38°, na qual se observam 95% de estenose da artéria descendente anterior proximal (seta).
Os critérios diagnósticos envolvem história de dor anginosa, embora existam relatos de apresentação sem dor, associados à discreta ou nenhuma alteração dos marcadores de necrose cardíacos. O padrão eletrocardiográfico para SW pode se apresentar como tipo A (ondas T bifásicas em precordiais direitas anterior, V2-V3), encontrado em cerca de 24% dos casos, e como tipo B (ondas T negativas, profundas e simétricas em V2-V3, e, ocasionalmente, em V1, V4,V5 e V6, são as mais frequentes). A SW representa um status iminente de IAM. Seu padrão eletrocardiográfico não deve ser subestimado mesmo que o paciente se apresente sem dor ou troponina negativas. Seu diagnóstico precoce e o tratamento imediato específico de reperfusão miocárdica estão associados a melhor prognóstico.

**FONTE DE FINANCIAMENTO**

Não há.

**DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

**CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Concepção e desenho do estudo: MBAV; coleta dos dados: LMLD; interpretação dos dados: LMLD, ELB e TCMP; composição do texto: LMLD, MBAV; aprovação da versão final a ser publicada: MBAV, LMLD, AVAK, ELB e TCMP.

**REFERÊNCIAS**

1. de Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. Am Heart J. 1982;103(4 Pt 2):730-6. https://doi.org/10.1016/0002-8703(82)90480-x
2. García-López ZY, Jiménez-Santos M, Flores-García CA, Moreno-Vázquez A, Magana-Serrano JA, Prevé-Castro VM, et al. [Constrictive pericarditis and single coronary artery: Rare presentation]. Arch Cardiol Mex. 2018;88(1):62-64. Spanish. https://doi.org/10.1016/j.acmx.2017.06.006
3. Torelli E, Sardeo F, Nuzzo E, Cicchinelli S, Petrucci M, Pignatari G, et al. Wellens Syndrome without chest pain, is it possible? Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2020;24(14):7718-7721. https://doi.org/10.21802/acm.2020.2.2
4. Ramires TG, Sant’Anna J, Pais J, Picarra BC. Wellens’ syndrome: focus on diagnosis and choice of coronary artery bypass graft strategy. Arch Clin Med. 2020;26(2):24-9. https://doi.org/10.21802/acm.2020.2.2
5. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens’ syndrome. Am J Emerg Med. 2002;20(7):638-43. https://doi.org/10.1053/ajem.2002.34800