

INTRODUÇÃO

A síndrome de Wellens (SW), um subtipo da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), apresenta alto risco de morte súbita (MS) e infarto do miocárdio (IAM), na ausência de supradesnivelamento do segmento ST (SST). Essa entidade apresenta as seguintes características: dor precordial com achados eletrocardiográficos do tipo: ausência de ondas Q patológicas, progressão normal de onda R precordiais, pequena ou nenhuma elevação de marcadores de necrose miocárdica, ausência ou pequeno SST, ondas T bifásicas ou simétricas e invertidas em derivações precordiais, especialmente V2 e V3. A SW possui duas variantes, tipo A e B. A variante tipo A apresenta onda T bifásica nas derivações V2 e V3, enquanto a tipo B mostra inversão profunda e simétrica da onda T nas derivações precordiais, especialmente V2 e V3. Sabe-se que síndrome de Wellens está associada à lesão crítica proximal da artéria descendente anterior (ADA), que denota alto risco de morte súbita e infarto do miocárdio extenso se não houver estratégia de reperfusão precoce.

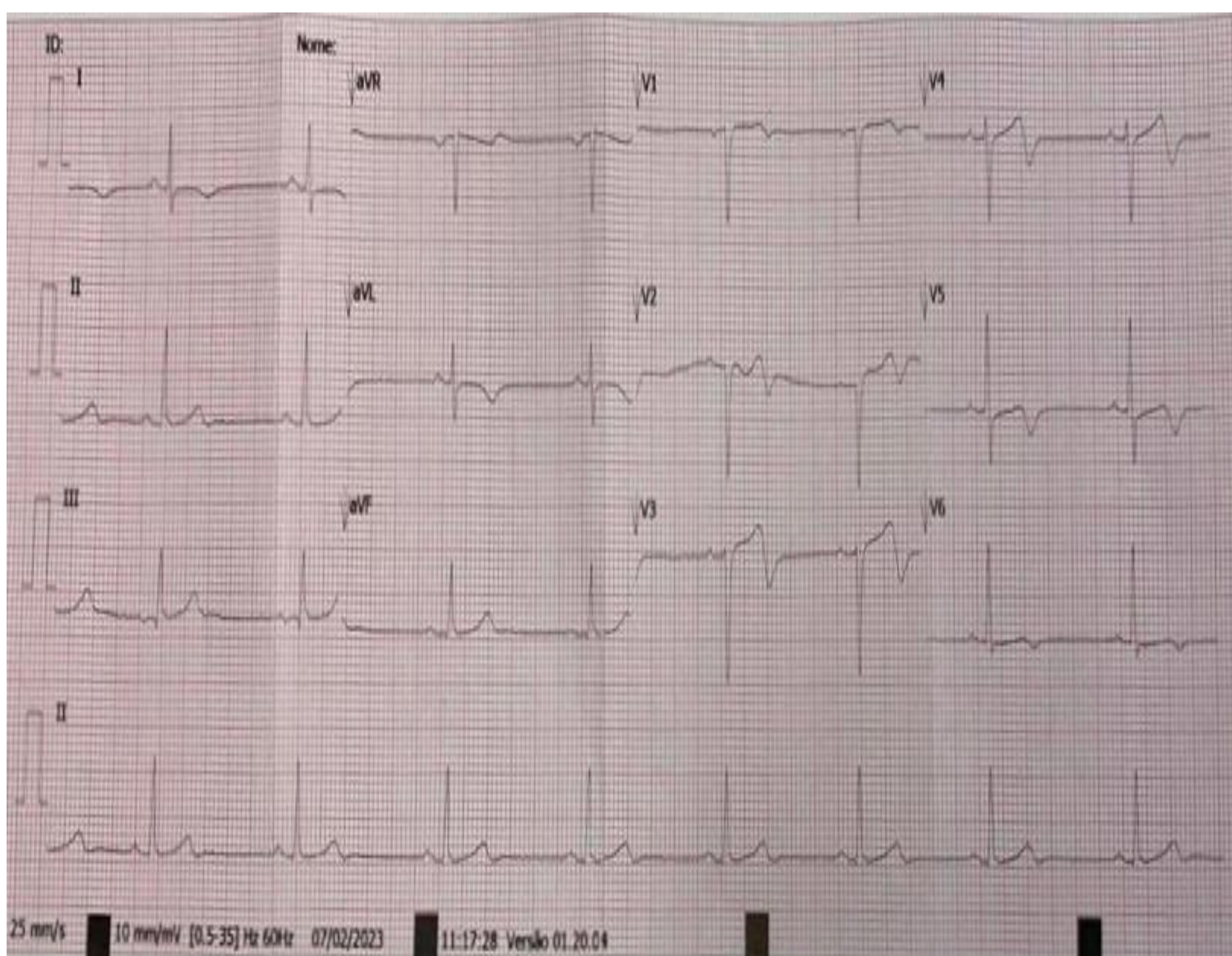


Figura 1 – Eletrocardiograma com presença de onda T bifásica - plus-minus - de V1-V6

RELATO DE CASO

Masculino, 33 anos, tabagista (15 maços/ano), dislipidêmico, sem precedentes de eventos cardiovasculares. Procurou atendimento hospitalar com quadro clínico de angina instável (IIIB1). Ao Eletrocardiograma (ECG) de admissão, observou-se alterações de repolarização em parede anterior com padrão compatível de SW tipo A: onda T bifásica - *plus-minus* - de V1 a V6 (figura 1) e ausência de onda Q.

Outros achados do ECG encontrados foram progressão anormal onda R precordial e alteração de repolarização na parede lateral alta. Exames laboratoriais com NT-proBNP de 1896 pg/ml, troponina ultrasensível 2,85 ng/ml. Foi prontamente encaminhado à cineangiocoronariografia (CATE), que evidenciou na ADA lesão sequencial 90% e 80% no terço médio (figura 2) e ventriculografia com disfunção moderada do ventrículo esquerdo. Além disso, observou-se artéria coronária direita ocluída no terço proximal. Optado por angioplastia “*ad hoc*” da ADA com dois *stents* farmacológicos. Ecocardiograma transtorácico após procedimento apresentou função biventricular preservada e acinesia inferior. Paciente evoluiu assintomático e recebe alta com acompanhamento ambulatorial após três dias de internação.



Figura 2 – CATE com Lesão sequencial 90% e 80% ADA terço médio

DISCUSSÃO

Apesar do mecanismo da Síndrome de Wellens permanecer obscuro, sua identificação é de extrema importância para condução emergencial dos pacientes com SCA s/SST com objetivo de evitar infarto do miocárdio extenso e/ou morte súbita. A descrição da síndrome é recente e, tanto os fatores de risco, quanto o prognóstico sem tratamento invasivo carecem de grandes estudos científicos. Apesar da facilidade de identificação da síndrome, as alterações eletrocardiográficas não são, muitas vezes, devidamente valorizadas.