

SÍNDROME DE WELLENS: RELATO DE CASO EM SERVIÇO DE TELECARDIOLOGIA DE SERGIPE

Data de aceite: 02/06/2023

Arthur Oliveira da Cruz

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <http://lattes.cnpq.br/4713552972206201>)

Nanna Krisna Baião Vasconcelos

(Universidade Tiradentes, Estância, <http://lattes.cnpq.br/7893137732124801>)

Natália Nóbrega Oliveira Bento

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <https://lattes.cnpq.br/7944967557066740>)

Guilherme Fernandes Gois Dantas

(Universidade Tiradentes, Maceió)

Maria Marta Prado Lima

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <http://lattes.cnpq.br/4696911919083413>)

Edenia Soares de Figueiredo Macario

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <http://lattes.cnpq.br/0178885751243711>)

Fernanda Menezes Schneider

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <http://lattes.cnpq.br/7568821183707184>)

Júlia Sobral Vila Nova de Carvalho

(Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, <http://lattes.cnpq.br/2564668818578660>)

Ana Augusta Teles da Paixão

(Universidade Tiradentes, Estância, <http://lattes.cnpq.br/9324000613334936>)

Yuri Hariel de Brito Cruz

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <https://lattes.cnpq.br/7426398838664130>)

Érika Teixeira Andrade

(Universidade Tiradentes, Aracaju, <http://lattes.cnpq.br/3071456964793196>)

Ygor Alves Morais

(Universidade Tiradentes, Aracaju)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Wellens é uma patologia cardíaca caracterizada por história prévia de dor torácica; ausência de ondas Q patológicas; progressão normal das ondas R precordiais; pequena ou nenhuma elevação de marcadores cardíacos; pequeno ou ausência de supra de ST; ondas T bifásicas ou simétricas e invertidas em V2 e V3, ocasionalmente em V1, V4, V5 e V6. Por se tratar uma condição grave de difícil diagnóstico, a solução de acoplamento da Telemedicina voltada para a SCA pôde estabelecer uma relação mais homogênea para a abordagem dessa doença no país

e permitir melhores desfechos. Portanto, será descrito o relato de um caso de Síndrome de Wellens regulado pelo serviço de telecardiologia de Sergipe. **RELATO DE CASO:** GDS, sexo masculino, 64 anos, sem comorbidades, buscou Hospital Privado por dor torácica há 2 dias, em queimação, irradiada para dorso. Foi encaminhado para Unidade de Cardiologia Integrada. Marcadores de necrose cardíaca não curvaram. Foram realizados exames complementares. Para intervenção, foi feito implante direto do stent farmacológico com sucesso. **CONCLUSÕES:** Apesar de existir critérios bem estabelecidos para detecção da SW, essas alterações eletrocardiográficas não são devidamente valorizadas e isso se justifica, em grande parte, por sua descrição ser relativamente recente. A grande questão dessa síndrome é a evolução associada ao IAM, mas com manifestações clínicas e laboratoriais sutis ou ausentes, o que induz o médico assistente a uma conduta geralmente conservadora com pouco impacto no bom prognóstico. O paciente com SW se beneficia de uma estratégia invasiva precoce para reduzir sua taxa de infarto e morte, mas para atingir esse objetivo deve ser reconhecido precocemente.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Wellens. Telecardiologia. Cateterismo. Eletrocardiograma. Síndrome Coronariana Aguda.

WELLENS SYNDROME: CASE REPORT IN A TELECARDIOLOGY SERVICE IN SERGIPE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Wellens Syndrome is a cardiac pathology characterized by a previous history of chest pain; absence of pathological Q waves; normal progression of precordial R waves; little or no elevation of cardiac markers; small or absent ST elevation; biphasic or symmetrical and inverted T waves in V2 and V3, occasionally in V1, V4, V5 and V6. Because it is a serious condition that is difficult to diagnose, the Telemedicine coupling solution focused on ACS was able to establish a more homogeneous relationship for the approach to this disease in the country and allow for better outcomes. Therefore, the report of a case of Wellens Syndrome regulated by the telecardiology service of Sergipe will be described.

CASE REPORT: GDS, male, 64 years old, without comorbidities, sought a private hospital for chest pain that had been burning for 2 days and radiated to the back. He was referred to the Integrated Cardiology Unit. Cardiac necrosis markers did not curve. Complementary exams were performed. For intervention, direct implantation of drug-eluting stent was successfully performed. **CONCLUSIONS:** Although there are well-established criteria for the detection of WS, these electrocardiographic changes are not properly valued and this is largely justified by their relatively recent description. The major issue of this syndrome is the evolution associated with AMI, but with subtle or absent clinical and laboratory manifestations, which induces the attending physician to adopt a generally conservative approach with little impact on a good prognosis. The patient with WS benefits from an early invasive strategy to reduce the rate of infarction and death, but to achieve this goal it must be recognized early.

KEYWORDS: Wellens Syndrome. Telecardiology. Catheterization. Electrocardiogram. Acute Coronary Syndrome.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Wellens é uma patologia cardíaca caracterizada por história prévia de dor torácica; ausência de ondas Q patológicas; progressão normal das ondas R precordiais; pequena ou nenhuma elevação de marcadores cardíacos; pequeno ou ausência de supra de ST; ondas T bifásicas ou simétricas e invertidas em V2 e V3, ocasionalmente em V1, V4, V5 e V6.

A doença é classificada em dois tipos: no primeiro, que atinge 24% dos casos, as ondas T bifásicas são identificadas nas derivações V2 a V3; a segunda, mais comum, mostra ondas T invertidas simétricas nas derivações V2 e V3 (ocasionalmente V1 a V6).

Tais achados eletrocardiográficos são pouco sensíveis (69%), porém altamente específicos (89%) de doença obstrutiva importante do segmento proximal da artéria coronária descendente anterior que, se não abordada de forma adequada, pode determinar infarto anterior extenso e alto risco de mortalidade.

A SW é de difícil diagnóstico e requer alta suspeição clínica, uma vez que as ondas T negativas não estão apenas presentes nela, mas também em outros tipos de patologias, como: miocardite, hipertrofia ventricular esquerda, embolia pulmonar, síndrome de Wolff Parkinson White, efeitos digitálicos, eventos isquêmicos e padrão de onda T juvenil. Além disso, o paciente pode estar assintomático no momento da realização do ECG e as marcadores de necrose cardíaca são pouco relevantes nesses casos, levando à interpretação das alterações eletrocardiográficas como inespecíficas. Na vigência de achados eletrocardiográficos da SW é, inclusive, desencorajada a realização de testes provocativos de isquemia.

Por se tratar uma condição grave de difícil diagnóstico, a solução de acoplamento da Telemedicina voltada para a SCA pôde estabelecer uma relação mais homogênea para a abordagem dessa doença no país e permitir melhores desfechos. Portanto, será descrito o relato de um caso de Síndrome de Wellens regulado pelo serviço de telecardiologia de Sergipe.

RELATO DE CASO

GDS, sexo masculino, 64 anos, sem comorbidades, buscou Hospital Privado por dor torácica há 2 dias, em queimação, irradiada para dorso. Foi encaminhado para Unidade de Cardiologia Integrada. Marcadores de necrose cardíaca não curvaram. Foram realizados exames complementares (Figura 1 e 2).

Para intervenção, foi feito implante direto do stent farmacológico com sucesso. A cineangiografia de controle evidenciou oclusão aguda do primeiro ramo diagonal, que é de médio calibre. Pós-dilatação do stent, previamente implantado, nova cineangiografia de controle evidenciou primeiro ramo diagonal com fluxo distal TIMI 1. Foi feita a técnica do

kissing balloon para abrir a malha do stent para o ramo lateral e, assim, restaurar o fluxo distal do primeiro ramo diagonal. Ao controle angiográfico, observou-se ausência de lesões residuais intra-stents ou imagens de dissecação e fluxo distal TIMI 3 na artéria descendente anterior e no primeiro ramo diagonal.

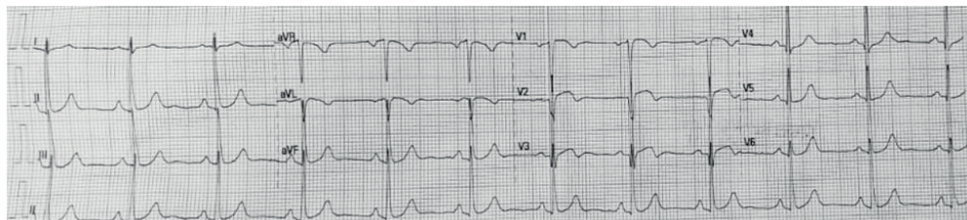


Figura 1. ECG da admissão evidenciando ritmo sinusal com alteração do segmento ST em parede anterior com ondas T bifásicas (plus-minus) em V2-V3 (Padrão A de Wellens).

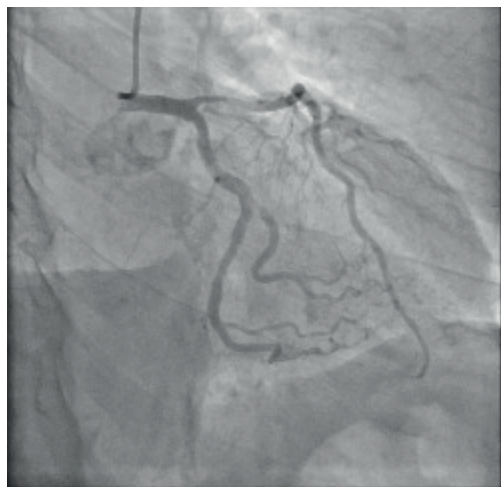


Figura 2. Cateterismo evidenciando lesão severa em Artéria Descendente Anterior e primeiro ramo diagonal, além de lesão discreta em Artéria Circunflexa e grande ramo marginal. A Artéria Coronária Direita exhibe irregularidades parietais discretas ao longo do seu trajeto.

DISCUSSÃO

No caso citado, observa-se uma manifestação frequente de dor torácica típica, mas a literatura aponta para um aspecto geralmente atípico no caso da SW. Nessa situação, não houve elevação de marcadores de necrose cardíaca, por exemplo. As alterações eletrocardiográficas também foram sutis e, apesar da ausência de supradesnívelamento de segmento ST, apresentaram obstrução do fluxo na artéria descendente anterior associada a outras alterações.

Assim que o diagnóstico da síndrome de Wellens for feito ou suspeito, um cardiologista

deverá ser consultado. Deve-se preconizar o contato com um cardiologista intervencionista porque o tratamento definitivo é o cateterismo cardíaco com intervenção coronariana percutânea. Até que isso ocorra, a SW deve ser tratada semelhante a um infarto agudo do miocárdio, incluindo terapia antiplaquetária com aspirina, anticoagulação com heparina e nitratos e betabloqueadores, tal qual foi realizada, se o paciente não estiver hipotenso. No entanto, é importante observar que os pacientes de Wellens apresentam maior risco de desenvolvimento de IAM mesmo se tratados apenas com terapia medicamentosa. Logo, o tratamento definitivo é processual.

O Serviço de Telemedicina em Sergipe favoreceu o diagnóstico precoce e acurado através da análise por um Cardiologista das alterações presentes no eletrocardiograma sugestivas de IAM, da condução do tratamento, seja na recomendação ou não da trombólise e/ou na administração de outros medicamentos, do acompanhamento dos sinais vitais e evolução do quadro do paciente.

CONCLUSÕES

Apesar de existir critérios bem estabelecidos para detecção da SW, essas alterações eletrocardiográficas não são devidamente valorizadas e isso se justifica, em grande parte, por sua descrição ser relativamente recente.

A grande questão dessa síndrome é a evolução associada ao IAM, mas com manifestações clínicas e laboratoriais sutis ou ausentes, o que induz o médico assistente a uma conduta geralmente conservadora com pouco impacto no bom prognóstico. O paciente com SW se beneficia de uma estratégia invasiva precoce para reduzir sua taxa de infarto e morte, mas para atingir esse objetivo deve ser reconhecido precocemente.

Uma das estratégias mais perspicazes nesse sentido é o serviço de Telecardiologia. Tal sistema pode não somente melhorar a sobrevida e diminuir os custos da abordagem destes pacientes, como também refletir na melhora do sistema de urgência e emergência de maneira global, já que a síndrome coronariana aguda é importante causa de morbidade e mortalidade, no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vanessa. Síndrome de Wellens: um padrão ignorado. **Salutis Scientia-Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, v. 12, p. 2-7, 2020.

APPEL-DA-SILVA, Marcelo Campos et al. Síndrome de Wellens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 4, p. e116-e119, 2010.

ARAÚJO, Marcos Antonio Leão de et al. Síndrome de Wellens. **Rev. bras. cardiol.(Impr.)**, p. 365-368, 2010.

CARVAJAL, C.; ARDILA, D. Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro. **Revista Colombiana de Cardiología**. Bogotá, v. 22, n. 5, p. 244-248, set. 2015.

CARDONA-VÉLEZ, Jonathan; CEBALLOS, Laura; TORRES-SOTO, Sneider. Síndrome de Wellens: mucho más que una onda T. **Archivos de cardiología de México**, v. 88, n. 1, p. 64-67, 2018.

CARVAJAL, Carlos A.; ARDILA, Diego J. Síndrome de Wellens: reconociendo el peligro. **Revista Colombiana de Cardiología**, v. 22, n. 5, p. 244-248, 2015.

DE ZWAAN, Chris; BÄR, Frits WHM; WELLENS, Hein JJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. **American heart journal**, v. 103, n. 4, p. 730-736, 1982.

FERES, F.; et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre Intervenção Coronária Percutânea. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 1-81, jul. 2017.

FONSECA, Eduardo Kaiser Ururahy Nunes et al. Correlação Angiotomográfica-Eletrocardiográfica na Síndrome de Wellens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 363-366, 2021.

LOPES, M.; et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 5, p. 1006-1056, nov. 2019.

MACHADO, Federico et al. Síndrome de Wellens: Reporte de un caso. **Revista Uruguaya de Cardiología**, v. 27, n. 3, p. 337-340, 2012.

MINER, Brianna; GRIGG, William S.; HART, Elise H. Wellens syndrome. In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2021.

NICOLAU, J.; et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 1, p. 181-264, jul. 2021.

OLIVEIRA, Mucio Tavares de et al. Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, p. 1-26, 2015.

PIEGAS, L.; et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n. 2, p. 1-105, ago. 2015.

THYGESSEN, K.; et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). **European Heart Journal**. Nov. 2019.

VELASCO, I.; BRANDÃO, R.; SOUZA, H.; et al. Medicina de emergência: abordagem prática. [S.l.: s.n.], Barueri, SP: Manole, 2019.