

SÍNDROME DE WELLENS, UM ACHADO SUBDIAGNOSTICADO COM CONSEQUÊNCIAS IRREPARÁVEIS

Congresso Online Brasileiro Multidisciplinar de Medicina, 1ª edição, de 13/06/2022 a 15/06/2022
ISBN dos Anais: 978-65-81152-62-8

BERTOLETTI; Lilian ¹, ORTIZ; Emanuelle Toledo ²

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Wellens (SW) representa, ao eletrocardiograma, alterações de onda T em derivações precordiais que estão relacionadas à lesão crítica proximal de artéria descendente anterior (ADA) e alto risco de morte súbita e infarto do miocárdio, se os pacientes forem apenas mantidos em tratamento clínico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 64 anos, branco, procura unidade de pronto-atendimento (UPA) por dor precordial retroesternal em queimação com 6 horas de evolução, precipitada por esforço. Nega demais sintomas. Refere que há uma semana vinha sentindo dores precordiais em progressão de duração. Paciente hipertenso em uso esporádico de losartana 50mg de 12/12 e diagnóstico para Psoríase. Negava episódios de dispneia e precordialgia prévio. Na chegada ao PA apresentava pressão arterial de 172/95 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 64 batimentos por minuto (BPM), saturação de oxigênio em 98%, ausculta cardíaca com ritmo irregular, sem sopro, bulhas normofonéticas. Sem alterações em ausculta pulmonar, sem demais achados ao exame físico. Primeiro eletrocardiograma de repouso realizado em 10 minutos da chegada com presença de ritmo irregular, sinusal, FC 77 BPM, sem desvio de eixo, sem sobrecarga de câmaras cardíacas, Bloqueio atrioventricular de segundo grau (Mobitz tipo 2 - 4:1). Presença de supra desnivelamento em derivação AVR de aproximadamente 1 mm. Supra desnivelamento em derivação V3 de aproximadamente 1 mm. Presença de onda bifásica em segmento ST em derivações V2 e V3. Infra desnivelamento em derivações V5 e V6 em torno de 1 mm; Enzimas cardíacas: Creatina Quinase (CK) MB 25, CK total 95, troponina positiva, repetidas 3 horas após com resultado: CK MB 154, CK total 166, troponina positiva. Paciente foi negado em serviço de hemodinâmica em diversas tentativas de transferência, permaneceu em serviço de unidade de pronto atendimento por 48 horas com evolução em eletrocardiograma para surgimento de ondas Q patológicas em derivações de V1-V3. **Discussão:** A SW caracteriza-se por, uma história prévia de dor torácica, a ausência de ondas Q patológicas, progressão normal das ondas R precordiais, pequena ou nenhuma

¹ Universidade Luterana do Brasil, lilianbertt93@gmail.com

² Universidade Luterana do Brasil, manutortiz@gmail.com

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 . Conclusão: SW relacionarem-se à lesão proximal crítica da ADA ou apresentar também uma lesão suboclusiva em tronco de coronária esquerda. Essas alterações eletrocardiográficas não são devidamente valorizadas. Para tanto a revascularização arterial precoce se torna crucial em prevenir sequelas e morbiortalidade associadas ao evento isquêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Wellens, eletrocardiograma, síndrome coronariana aguda