

# Síndrome de Wellens: Um Relato de Caso

## Wellens Syndrome: A Case Report

Sofia Rei<sup>1\*</sup>, Raquel Andrade<sup>1</sup>, Ricardo Pinto<sup>2</sup>

\*Autor Correspondente/Corresponding Author:

Sofia Rei [sofiavmrei@gmail.com]

Rua da Casa Branca, Edifício Poente 3º F, Funchal Madeira, Portugal

ORCID iD: 0000-0001-9104-2350

### RESUMO

A cardiopatia isquémica é a principal causa isolada de morte em todo o mundo. O diagnóstico diferencial de dor torácica engloba patologia cardíaca e não cardíaca, sendo de extrema importância a identificação precoce de síndromes coronárias agudas (SCA), que se manifestam por dor anginosa, tipicamente com duração superior a 20-30 minutos, de início ou agravamento recentes. Para o diagnóstico de SCA, é necessário realizar um eletrocardiograma (ECG) e pesquisa de marcadores de necrose miocárdica.

O presente caso clínico descreve a história de um homem de 58 anos com risco cardiovascular muito elevado, que, numa consulta de rotina, apresentava dor torácica com características de angina em crescendo, tendo sido referenciado para o serviço de urgência da área de residência, onde realizou exames complementares de diagnóstico, que foram compatíveis com síndrome de Wellens.

Perante um doente com dor torácica, é fundamental excluir SCA, dado o potencial risco de morbimortalidade, caso não seja diagnosticado e tratado atempadamente. Para tal, é essencial realizar uma anamnese detalhada com enfoque nas características da dor, assim como a execução e interpretação rápida do ECG.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença da Artéria Coronária/diagnóstico; Eletrocardiograma; Síndrome Coronária Aguda/diagnóstico

1. Centro de Saúde do Caniço, SESARAM, EPERAM, Caniço, Madeira, Portugal. 2. Centro de Saúde Dr. Rui Adriano Freitas, SESARAM, EPERAM, Funchal Madeira, Portugal.

Recebido/Received: 16/06/2022 - Aceite/Accepted: 13/02/2023 - Publicado online/Published online: 22/02/2023 - Publicado/Published: 31/03/2023

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

**ABSTRACT**

Ischemic heart disease is currently the leading isolated cause of death worldwide. The differential diagnosis of chest pain includes cardiac and non-cardiac pathology, and the early identification of acute coronary syndromes (ACS), which manifest as angina, typically lasting longer than 20-30 minutes, of new-onset, is extremely important. For the diagnosis of ACS, it is necessary to perform an electrocardiogram (ECG) and search for myocardial necrosis markers.

We report the case of a 58-year-old man with very high cardiovascular risk, who presented chest pain with characteristics of crescendo angina in a routine appointment, having been referred to the emergency department in the area of residence. Complementary diagnostic tests were performed, which were compatible with Wellens' syndrome.

In a patient with chest pain, it is essential to exclude ACS, given the potential risk of morbidity and mortality if not diagnosed and treated in time. Thus, it is important to carry out a detailed medical history focusing on pain characteristics, as well as the quick execution and interpretation of the ECG.

**KEYWORDS:** Coronary Artery Disease/diagnosis; Acute Coronary Syndrome/diagnosis; Electrocardiography

**INTRODUÇÃO**

A cardiopatia isquêmica é, atualmente, a principal causa isolada de morte em todo o mundo. É responsável pela morte de quase 1,8 milhões de pessoas, ou por 20% de todas as mortes na Europa. As síndromes coronárias agudas (SCA) ocorrem três a quatro vezes com maior frequência no sexo masculino do que no sexo feminino, em indivíduos com idade inferior a 60 anos, sendo que após os 75 anos são mais comuns no sexo feminino.<sup>1</sup>

Antecedentes pessoais de dislipidemia, hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus*, obesidade, tabagismo, sedentarismo e história familiar de doença coronária são os principais fatores de risco para o seu aparecimento.<sup>2</sup>

O diagnóstico diferencial de dor torácica engloba patologia cardíaca, em 25% dos casos (manifestando-se por SCA, miocardite, pericardite, dissecação da aorta, insuficiência cardíaca avançada, hipertensão pulmonar, Takotsubo), e patologia não cardíaca, em 50%-75% dos casos (como pneumonia, tromboembolismo pulmonar, patologia gastroesofágica, costochondrite, dor psicogénica e trauma).<sup>3</sup>

A dor anginosa pode manifestar-se de duas formas - angina estável e instável - sendo que o que as diferencia clinicamente é o tempo de duração (até 10-20 minutos na primeira, superior a 20-30 minutos na segunda), o aparecimento de dor em repouso, o agravamento progressivo, e o aparecimento recente (evolução inferior a 1 mês) que, quando presentes, são sugestivos de um quadro de angina instável.<sup>3</sup> Perante uma dor torácica, é essencial a realização de eletrocardiograma (ECG) e pesquisa de marcadores de necrose miocárdica para confirmação de patologia coronária aguda, ferramentas que não estão ao dispor do médico de família na maioria dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar, pelo que é fun-

damental efetuar uma anamnese pormenorizada e cuidadosa aquando da avaliação de uma dor torácica neste contexto.<sup>1-4</sup>

Os SCA são classificados em três classes: angina instável, enfarte agudo do miocárdio (EAM) sem supradesnivelamento do segmento ST, e EAM com supradesnivelamento do segmento ST.<sup>1,3</sup>

A angina instável pode apresentar-se eletrocardiograficamente com elevação transitória do segmento ST, depressão transitória ou permanente deste segmento, inversão da onda T, ondas T planas ou pseudonormalização, ou ECG normal e marcadores de necrose miocárdica negativos (nomeadamente a troponina de alta sensibilidade). O EAM sem supradesnivelamento do segmento ST pode apresentar-se eletrocardiograficamente com alterações idênticas à angina instável, contudo apresenta positividade dos marcadores cardíacos de necrose.<sup>3</sup> O EAM com supradesnivelamento do segmento ST geralmente apresenta uma oclusão coronária total e, consequentemente, tem necessidade de reperfusão imediata.<sup>1</sup>

A síndrome de Wellens foi descrita pela primeira vez em 1982, caracteriza-se por dor torácica de características anginosas e pela presença das seguintes alterações no ECG: ondas T simétricas e invertidas em V2 e V3, ocasionalmente em V1, V4, V5 e V6; progressão normal das ondas R precordiais; ligeiro ou ausência de supradesnivelamento de ST. Pode apresentar-se com uma pequena ou nenhuma elevação de marcadores cardíacos. As alterações eletrocardiográficas sugerem uma lesão crítica da artéria descendente anterior, responsável pela irrigação da parede anterior, representando risco iminente de enfarte da parede anterior e consequente risco de morte súbita, pelo que doentes que apresentem estas alterações deverão ser revascularizados com urgência.<sup>4,5</sup>

O caso clínico seguinte descreve a história de um doente observado numa consulta programada de Medicina Geral e Familiar, com um quadro de angina de aparecimento recente, que apresentou um ECG compatível com síndrome de Wellens.

## CASO CLÍNICO

Indivíduo do sexo masculino, 58 anos, com antecedentes pessoais relevantes de tabagismo (32 UMA), hipercolesterolemia, HTA e pré-obesidade (IMC 28). Risco cardiovascular classificado como “muito elevado”. Medicado com atorvastatina 20 mg e amlodipina 5 mg, que não cumpria.

Durante uma consulta de rotina programada, cujo motivo era “medicina preventiva” (A98) e “ver análises” (A60), o utente referiu dor pré-cordial com duas semanas de evolução, com duração de aproximadamente 5 minutos, acompanhada de parestesias dos membros superiores bilateralmente, sem irradiação, e relacionada com o esforço (não sabia prever a distância), que aliviava com o repouso. Negava toracalgia em repouso até o dia da consulta, altura em que, pela primeira vez, surgiu dor em repouso (pelas 5 horas da manhã) com duração de aproximadamente 5 minutos e que, entretanto, não tinha reaparecido até à hora da consulta, 14h30.

Durante a consulta negou toracalgia, dispnéia, palpitações, vômitos, azia, refluxo gastroesofágico ou enfartamento, diaforese ou outra sintomatologia acompanhante. Ao exame objetivo, apresentava um bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas. Encontrava-se eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável (temperatura timpânica (TT) 37°C, tensão arterial (TA) 136/65 mmHg, frequência cardíaca 66 bpm); glicémia capilar 80 mg/dL. A auscultação cardiopulmonar não apresentava alterações; a palpação da grelha costal era indolor, e não apresentava sinais de pericondrite. A avaliação analítica realizada duas semanas antes da consulta apresentava um colesterol total de 264 mg/dL, LDL 184 mg/dL, HDL 64 mg/dL, hemograma sem alterações, bioquímica sem alterações, urina II sem alterações.

Perante a sintomatologia clínica (angina em crescendo), foi proposta ao utente a avaliação no serviço de urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça para realização de exames complementares de diagnóstico (ECG e marcadores cardíacos), que o utente recusou por já se sentir melhor. Foi explicada ao doente a importância da realização dos exames, assim como a necessidade de recorrer ao SU se reaparecimento da dor. Foram prescritos exames complementares de diagnóstico (ECG e ecocardiograma) com caráter urgente, e introduzida Nitroglicerina

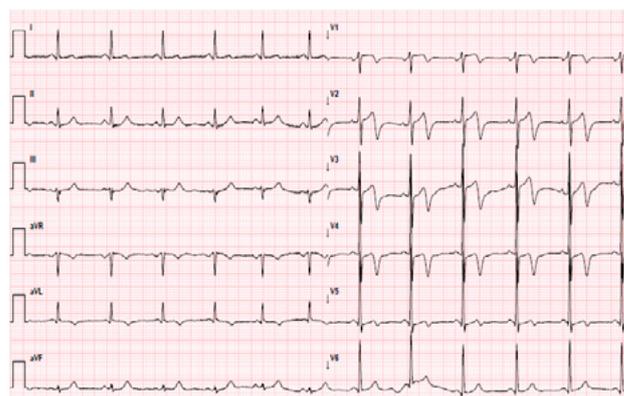


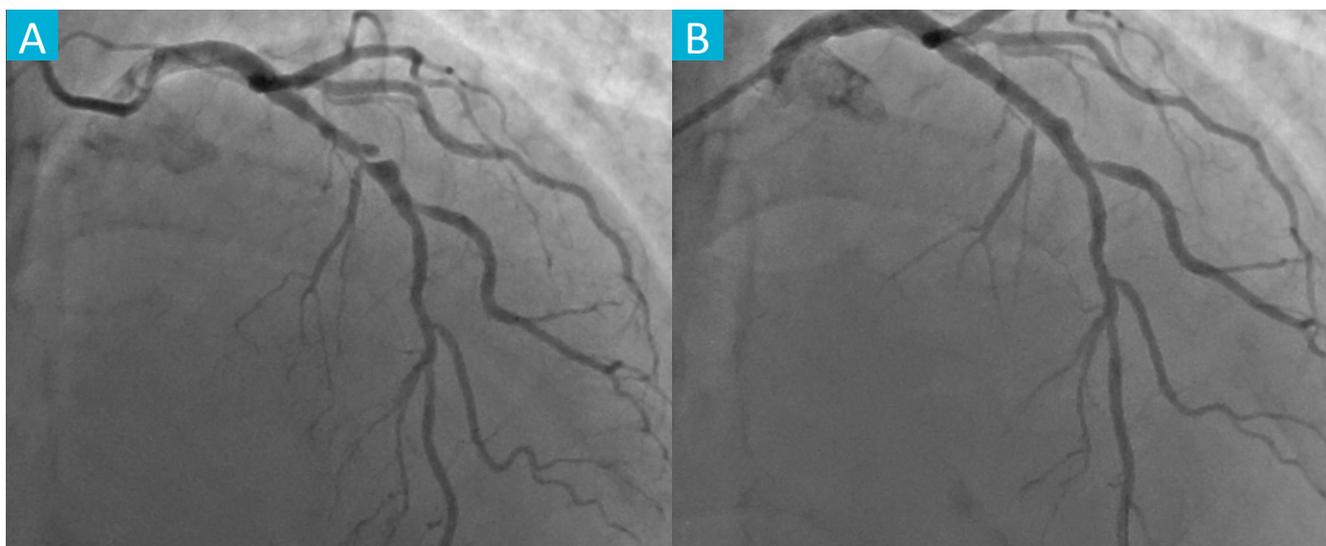
FIGURA 1. ECG realizado no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

sublingual para utilizar em SOS, em caso de dor. Foi também reforçada a importância do cumprimento da terapêutica e cessação tabágica.

No dia seguinte à consulta, e devido ao reaparecimento da dor, com o esforço, que irradiava para o membro superior direito, o doente recorreu ao SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça. À observação, apresentava um bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas, encontrava-se eupneico, apirético (TT 36,2°C), hipertenso (TA 150/83 mmHg), normocárdico (FC 70 bpm), não apresentava alterações à auscultação cardíaca e pulmonar, nem edemas periféricos. Realizou um ECG (Fig. 1): ritmo sinusal, FC 70 bpm, inversão das ondas T de V1-V5 e aVL, supra-ST em V1. Apresentava marcadores de necrose miocárdica negativos (troponinas de 0,010 ng/mL, mioglobina negativa, NT-pró-BNP negativo) e restante avaliação analítica sem alterações, um quadro compatível com síndrome de Wellens.

Perante este quadro clínico, o doente foi medicado com ácido acetilsalicílico (ASS) 250 mg, ticagrelor 180 mg, nitroglicerina 0,5 mg sublingual, e proposto para cateterismo urgente. Este revelou uma lesão sub-oclusiva proximal a nível da artéria descendente anterior e vaso ectásico com fluxo lento, com lesão não significativa médio/distal a nível da coronária direita (Fig. 2A). Foi realizada angioplastia com implantação de *stent* da artéria descendente anterior, tendo o procedimento decorrido sem intercorrências (Fig. 2B).

O doente ficou internado durante três dias no serviço de Cardiologia, e teve alta medicado com AAS 100 mg/dia; ticagrelor 90 mg/dia; pantoprazol 40 mg/dia; perindopril+bisoprolol 10/5 mg/dia; lercanidipina 10 mg/dia; rosuvastatina+ezetimiba 10/10 mg/dia, nitroglicerina 0,5 mg (1 comprimido em SOS, se dor no peito), com indicação para cessação tabágica e reavaliação pelo médico de família no prazo de 30 dias, e pelo cardiologista no prazo de 60 dias.



**FIGURA 2.** Angiografia coronária: (A) lesão sub-oclusiva proximal na artéria descendente anterior; (B) após angioplastia com implantação de stent.

Na consulta de reavaliação pelo médico de família, o doente encontrava-se estável, com uma melhoria significativa dos parâmetros analíticos (CT 116, LDL 45), e referiu cumprir a medicação. Também tinha deixado de fumar.

## CONCLUSÃO

Este caso clínico pretende chamar a atenção de todos os clínicos para a importância de uma anamnese cuidada e detalhada durante a avaliação de uma dor torácica, no contexto de consulta de Medicina Geral e Familiar, assim como para as limitações que podem surgir durante o diagnóstico diferencial entre angina estável e instável, principalmente após o aparecimento recente da dor, em que o acesso a meios complementares de diagnóstico é inexistente.

Pretende igualmente chamar a atenção dos clínicos, sobretudo em contexto de urgência, relativamente à presença de alterações eletrocardiográficas menos frequentes, que poderão aparecer após quadros de isquémia aguda e que deverão merecer total atenção, principalmente se clínica sugestiva.

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO/ CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

**SR e RA:** Pesquisa, redação e revisão

**RP:** Recolha de dados, redação e revisão

**SR and RA:** Research, writing and review

**RP:** Data collection, writing and review

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**CONSENTIMENTO:** Consentimento do doente para publicação obtido.

**PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES:** Não comissionado; revisão externa por pares.

## ETHICAL DISCLOSURES

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**FINANCING SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**CONFIDENTIALITY OF DATA:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**PATIENT CONSENT:** Consent for publication was obtained.

**PROVENANCE AND PEER REVIEW:** Not commissioned; externally peer reviewed.

## REFERÊNCIAS

1. European Society of Cardiology. Recomendações de bolso da ESC: EAM-STEMI. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia; 2017. [acedido abril 2022] Disponível em: <https://spc.pt/recomendacoes-de-bolso/>.

2. Shao C, Wang J, Tian J, Tang YD. Coronary Artery Disease: From Mechanism to Clinical Practice. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1177:1-36. doi: 10.1007/978-981-15-2517-9\_1.
3. European Society of Cardiology. Recomendações de bolso da ESC: SCA-NSTE. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia; 2020. [acedido abril 2022] Disponível em: <https://spc.pt/recomendacoes-de-bolso/>.
4. Parikh KS, Agarwal R, Mehrotra AK, Swamy RS. Wellens syndrome: a life-saving diagnosis. *Am J Emerg Med*. 2012;30:255.e3-5. doi: 10.1016/j.ajem.2010.10.014.
5. Miner B, Grigg WS, Hart EH. Wellens Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.