

PREVALÊNCIA DAS SÍNDROMES DE PRÉ-EXCITAÇÃO VENTRICULAR NO RIO DE JANEIRO

PEDRO DINIZ DE ARAUJO FRANCO*, CARLOS ALBERTO TOSCANO DA GRAÇA**, ISABELA CRISTINA MENDES DE ARAUJO FRANCO***

Os autores compararam a prevalência das síndromes de pré-excitação ventricular (SPEV) registrada no Rio de Janeiro com a da literatura, encontrando acentuada diferença. Duas séries da referida cidade, foram estudadas: a primeira com 501 pacientes e prevalência de SPEV de 6,38% e a segunda com 1750 pacientes com proporção de SPEV de 0,23%. Tais diferenças, bem como as da literatura, provavelmente decorrem da falta de

medição do intervalo iPR e do complexo QRS e de pesquisa da onda delta. Enfatiza-se a necessidade de analisar corretamente intervalos e ondas dos eletrocardiogramas, para que as síndromes de pré-excitação ventricular sejam diagnosticadas em sua real proporção.

Arq. Bras. Cardiol. 51/5: 403-405—Novembro 1988

As síndromes de pré-excitação ventricular (SPEV) têm sido tão exaustivamente estudadas, que seria inadequado aplicar-lhes inteiramente o pensamento de Goethe, “só vê, quem conhece”. Entretanto, face à alta prevalência destas síndromes, parece-nos próprio asseverar que só se as reconhecem, quando rotineiramente se mede o iPR e o QRS e se procura a onda delta nos eletrocardiogramas, pois se estes cuidados não forem observados, sua identificação será subestimada.

Em 1980, estudando os eletrocardiogramas de 852 pacientes submetidos a programa de preservação da saúde¹, um dos autores (PDAF) encontrou prevalência de 5% de SPEV, sendo Wolff-Parkinson-White (WPW) 2,9% e Lown-Ganong-Levine (LGL) 2,1% (tab. I). Em 1986, Guedes² observou, em 386 pacientes internados, proporção de 4,39% (WPW 2,84 e LGL 1,55). Em contraposição, um dos autores (CATG) analisando o laudo eletrocardiográfico de 1750 prontuários de pacientes internados, encontrou proporção de SPEV, (apenas WPW) de 0,23%. Motivados pela discordância dos dados, tanto em nosso meio, como em relação à literatura internacional (tab. II), decidimos realizar o presente trabalho.

TABELA I—Prevalência da síndrome de pré-excitação ventricular na cidade do Rio de Janeiro.

Autor	Ano	N	WPW (%)	LGL (%)	Total (%)
Franco ¹ (CEF)*	1980	852	2,90	2,10	5,00
Guedes ² (UNI-RIO)*	1986	386	2,84	1,55	4,39
Graça—INAMPS**	1987	1759	0,23	—	0,23

* Análise dos eletrocardiogramas pelo mesmo médico.

** Transcrição dos laudos dos prontuários.

TABELA II—Prevalência das síndromes de pré-excitação ventricular na literatura.

Autor	Tipo.	Incidência (%)
Hejtmancik e Herrmann (Friedberg) ³	WPW	0,15
Carneiro ⁴	WPW	0,15 a 0,2
Chungs ⁵	WPW	0,15 a 0,2
Braunwald ⁶	WPW	1
Garan, em crianças (Johnson) ⁷	WPW	0,04 a 0,31
Garan, em adultos (Johnson) ⁷	WPW	0,15
Sokolow ⁸	SPEV	0,5 a 2
Prystowsky ⁹	WPW	0,1 a 0,3
Averill, Fosmoe e Lamb (Shamrot) ¹⁰	WPW	0,16

* Professor Adjunto da Clínica Médica “C”, Escola de Medicina e Cirurgia, CCBS, UNI-RIO (Serviço do Professor Omar da Rosa Santos).

** Professor Adjunto da Clínica Médica “A”, Escola de Medicina e Cirurgia, CCBS, UNI-RIO (Serviço do Professor Mário Barreto Corrêa Lima). Médico Cardiologista do Hospital de Laranjeiras—INAMPS.

***Médica residente da Clínica Médica da UFRJ.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados os eletrocardiogramas de 501 pacientes consecutivos atendidos durante oito meses no consultório particular de um dos autores, sendo 326 mulheres e 175 homens, com idade média de 55,39 anos (de 2 a 98 anos), normolíneos 442, breviliúneos 35 e longiliúneos 24,0. Esses pacientes estavam sendo acompanhados por um tempo médio de 68,4 meses. O diagnóstico eletrocardiográfico de SPEV baseou-se nos critérios clássicos: a) pare a síndrome de Wolff-Parkinson-White: ritmo sinusal, iPR igual ou menor que 0,11s, presença de onda delta e QRS alargado; b) para a síndrome de Lown-Ganong-Levine: ritmo sinusal e iPR igual ou menor que 0,11s.

RESULTADOS

Síndrome de pré-excitação ventricular foi evidenciada nos eletrocardiogramas de 32 pacientes, representando proporção de 6,38%, sendo 18 com a síndrome de Wolff-Parkinson-White (3,59%) e 14 com a síndrome de Lown-Ganong-Levine (2,79%).

WPW (iPR médio 0,09s)—18 pacientes, 11 mulheres e 7 homens. Idade média 56,5 anos (21 a 75). Normolíneos, 16, breviliúneo, 1 e longiliúneo, 1.

LGL (iPR médio 0,104s)—14 pacientes, 11 mulheres e 3 homens. Idade média 55,5 anos (37 a 98). Normolíneos 13, e breviliúneo, 1.

TABELA III—Outros diagnósticos e sintomas dos 32 pacientes com SPEV.

Hipertensão arterial	10
Insuficiência coronariana crônica	10
Dislipidemia	6
Taquicardia	5
Palpitações	4
Obesidade	3
Tontura	3
Insuficiência cardíaca	3
Miocardioptia hipertrófica (*)	2
Anemia	2

(*) O eletrocardiograma de pacientes com miocardioptia hipertrófica obstrutiva pode simular WPW, sendo difícil estabelecer o diagnóstico diferencial entre as duas síndromes¹⁰.

As SPEV foram encontradas como achados fortuitos do exame, embora, conforme se constata na tabela III, cinco pacientes houvessem referido crises de taquicardia e quatro, palpitações; nenhum paciente foi atendido durante o período de arritmia cardíaca. A medicação antiarrítmica cardíaca anotada neste período incluiu: verapamil, 6 pacientes, digoxina 3 pacientes, amiodarona 1 paciente; os demais pacientes não haviam feito uso de medicação antiarrítmica prévia.

Dois eletrocardiogramas são destacados para enfatizar aspectos pouco comuns das SPEV: ECG I (fig. 1) da mais idosa paciente desta série, que após 16 anos de acompanhamento, só no eletrocardiograma de 09/04/

1987 apresentou LGL, já aos 98 anos e sem referir sintomas relacionados à síndrome. ECG II (fig. 2) evidencia um tipo de WPW especial, apresentando o efeito em “concertina” (Oehnell), no qual a ativação ventricular se fez por intermédio da fusão de estímulos de duas origens distintas, o da via anômala e o da via normal. Quando predomina o impulso oriundo da via acessória, o iPR se encurta e o QRS se alonga, sendo a onda delta mais evidente; quando predomina a despolarização ventricular pela via normal, o iPR se alonga e o QRS se encurta, daí a denominação de efeito em “concertina”.

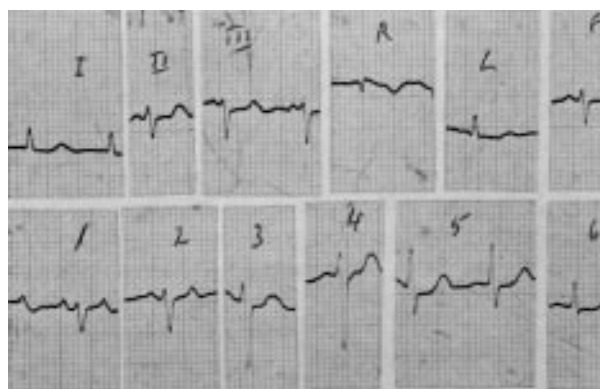


Fig. 1—ECG evidenciando síndrome de Lown-Ganong-Levine, em paciente do sexo feminino, com 98 anos de idade.

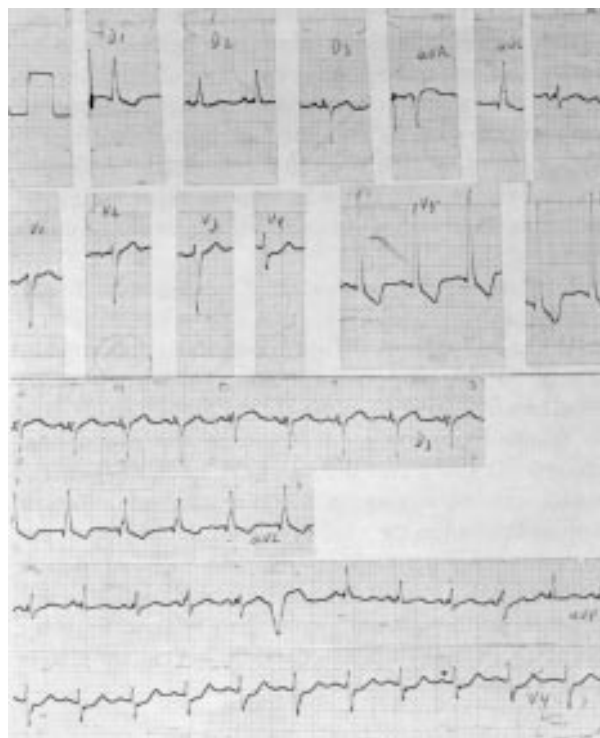


Fig. 2—ECG evidenciando síndrome de Wolff-Parkinson-White, com efeito “em concertina”.

DISCUSSÃO

A síndrome de WPW, descrita em 1931 por L. Wolff, J. Parkinson e Paul Dudley White, é caracterizada

por iPR curto e QRS alargado (só em 1944 Seghers descreveria a onda delta). A síndrome de LGL, descrita em 1952 por B. Lown, W. F. Ganong e S. A. Levine, é caracterizada por iPR curto. Ambas as síndromes, decorrentes de despolarização ventricular por vias anômalas, deixaram de ser curiosidades eletrocardiográficas, face à necessidade de: a) diferenciá-las de outros diagnósticos eletrocardiográficos, pois as SPEV podem simular hipertrofias ventriculares, bloqueios de ramo e infartos do miocárdio²; b) propor estudo eletrofisiológico e/ou medicação antiarrítmica, profilática ou curativa, e até ato cirúrgico, em paciente não controlado com terapêutica antiarrítmica, já que 50% dos pacientes com SPEV podem apresentar arritmias cardíacas, às vezes com graves repercussões hemodinâmicas; c) escolher terapêuticas alternativas quando outras enfermidades cardíacas se associam à SPEV, como, por exemplo, ocorre nos pacientes com insuficiência cardíaca e WPW.

Em atenção a estas características das SPEV pareceu-nos oportuno contribuir para incentivar a avaliação da verdadeira incidência das mesmas, pois estes pacientes merecem cuidados especiais, quer quanto ao prognóstico e acompanhamento, quer quanto à conduta terapêutica. Na vigência de arritmias cardíacas, especialmente fibrilação ou flutter atriais, é importante o conhecimento prévio de que o paciente é portador de LGL ou WPW, para a indicação da medicação mais apropriada. Em presença de tais arritmias, associadas às síndromes de WPW ou LGL, a terapêutica digitalica não deve ser empregada, conforme conceitos emitidos em trabalho anterior¹¹, face ao possível cancelamento do nódulo atrioventricular pela digital e conseqüente liberação da via anômala à ativação ventricular, advinda dos átrios, podendo atingir-se então frequências de 400 a 600 ciclos por minuto.

Finalmente, vale referir que as tabelas I e II mostrariam dados totalmente discrepantes, em relação à prevalência das SPEV na literatura e no Rio de Janeiro, não fora o último dado da tabela II, apresentado por Graça, onde proporção baixa é também anotada. Ressalte-se que os dados colhidos por Graça (apenas 0,23% de WPW e nula de LGL) foram obtidos, não diretamente da análise dos eletrocardiogramas, mas dos laudos eletrocardiográficos transcritos dos 1750 prontuários hospitalares consultados. Já os achados de Braunwald⁶ e Sokolow⁸, na tabela II, se distanciam menos dos de Franco e Guedes, anotados na tabela I, até porque, na tabela II, a maioria dos autores se reporta

apenas à síndrome de WPW, sendo omitida a frequência da síndrome de LGL.

Em conclusão, serve este estudo para: 1º enfatizar a necessidade de medir-se rotineiramente o iPR e a duração do QRS e pesquisar a ocorrência de onda delta nos eletrocardiogramas; 2º propor novas investigações para estabelecer a verdadeira prevalência das síndromes de pré-excitação ventricular e verificar se, de fato, é maior em nosso meio do que a anotada na literatura, já que as SPEV não podem ser consideradas curiosidades eletrocardiográficas, pelas implicações clínicas que apresentam.

SUMMARY

The authors report the incidence of pre-excitation syndrome in Rio de Janeiro with the literature, showing flagrant difference between both of them. Afterwards they study 501 patients among whom was found out incidence of 6,38% (WPW 3,59% and LGL 2,79%). At the end, they suggest that the iPR and the QRS should be always measured as well as the delta's waves should be tried to obtain so that we can have a faithful concept of the pre-excitation syndrome in our country, once the syndromes require special medical's measures.

REFERÊNCIAS

1. Franco PDA, Filardi A, Câmara SP—A eletrocardiografia em um programa de preservação da saúde. F Méd (BR), 81: 607, 1980.
2. Guedes MLC—Síndrome de pré-excitação ventricular. Monografia apresentada no término do Internato da Clínica Médica "C". Escola de Medicina e Cirurgia—CCBS—UNI-RIO, 1986.
3. Friedberg CK—Diseases of the Heart, 3 ed, Philadelphia, W. B. Saunders, 1966. p. 628.
4. Carneiro EF—O Eletrocardiograma, 2º ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1981. p. 511.
5. Chung EK—Manual de Clínica Cardiovascular. Rio de Janeiro, Editora Prentice-Hall do Brasil, 1986. p. 376.
6. Braunwald E—Heart Disease, 1 ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1980. p. 682.
7. Johnson RA—The Practice of Cardiology, 1 ed. Boston, Little, Brown and Company, 1980. p. 134.
8. Sokolow M, McIlroy MB—Clinical Cardiology, 1 ed. Los Altos, California. Large Medical Publications, 1977. p. 445.
9. Prystowsky EN, Miles WM, Heger JJ, Zipes DP—Síndrome de pré-excitação. Mecanismos e tratamento. CI Med Am Norte, 4: 885, 1984.
10. Shamrot L—Transtornos Del Ritmo Cardíaco, 1 ed, Barcelona. Editorial Jims, 1978. p. 256.
11. Franco PDA, Lima OMP, Kreimer C, Franco CDA—Emprego de cardiotônico em síndrome de pré-excitação ventricular. Arq Bras Cardiol, 44: 411, 1985.