

# SÍNCOPE: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

**Celine de Oliveira Boff  
Thiéle Fonseca Schuch  
Luiz Carlos Bodanese**

## UNITERMOS

SÍNCOPE/classificação; SÍNCOPE/diagnóstico; SÍNCOPE/história; SÍNCOPE/terapia; FATORES DE RISCO.

## KEYWORDS

*SYNCOPE/classification; SYNCOPE/diagnosis, SYNCOPE/history; SYNCOPE/therapy; RISK FACTORS.*

## SUMÁRIO

Síncope é uma síndrome clínica de múltiplas causas, muito comum nas emergências, contudo sua abordagem diagnóstica ainda não está bem estabelecida. O objetivo desse artigo de revisão é elucidar o manejo diagnóstico inicial do paciente que se apresenta com queixa de síncope.

## SUMMARY

*Syncope is a clinical syndrome of multiple causes, very common in emergencies. However, this diagnosed approach is not yet very well established. The purpose of this review articles is to elucidate the initial diagnostic management of patients with complaints of syncope.*

## INTRODUÇÃO

Síncope é classificada como a perda transitória e repentina da consciência associada a perda do tônus postural que apresenta recuperação rápida e espontânea. Corresponde a 1-3% de todas as visitas à emergência e internações nos EUA.<sup>1</sup> Na maioria das vezes é benigna e autolimitada, mas também se relaciona a morbidade e mortalidade.<sup>1</sup> Deve ser diferenciada de outros episódios que apresentam perda de consciência transitória ou aparente como acidentes isquêmicos transitórios e quedas.

## CLASSIFICAÇÃO

É classificada como cardíaca, neuromediada (reflexa), ortostática ou neurológica.<sup>2</sup> A mais comum é a síncope neuromediada seguida da causa cardíaca.

A síncope neuromediada (situacional, vasovagal, síndrome/hipersensibilidade do seio carotídeo) é a mais prevalente em pacientes jovens.<sup>2</sup> Alguns pródromos como tonturas, náuseas, vômitos, sensação de calor e sudorese, podem ocorrer alguns segundos antes da sua manifestação. Alguns gatilhos dos reflexos neurais na síncope situacional são: medo, ansiedade, tosse, punção venosa e ato de urinar.<sup>3</sup> O reflexo vagal causa bradicardia e hipotensão provocando a perda da consciência. Uma forma não comum de síncope neuromediada é a hipersensibilidade do seio carotídeo que resulta de uma ativação vagal e/ou inibição simpática levando a bradicardia e vasodilatação (situações que envolvam a rotação do pescoço, fazer a barba e gola do colarinho apertada, podem precipitar os sintomas).<sup>3</sup>

Hipotensão ortostática ocorre quando o paciente move-se da posição deitada para sentada ou em pé e apresenta-se com uma queda da pressão arterial sistólica (PAS) de pelo menos 20mmHg e/ou queda da pressão arterial diastólica (PAD) de pelo menos 10mmHg. A síncope ortostática ocorre quando os mecanismos fisiológicos compensatórios não são ativados ou há hiporreflexia. Dentre eles, os mais importantes são a ativação dos barorreceptores, que enviam sinais ao bulbo elevando a pressão arterial reflexamente, e a ativação dos quimiorreceptores. Ortostase é frequentemente causada por perda de volume intravascular ou falha no sistema nervoso autônomo. Síncope por hipotensão ortostática é um diagnóstico de exclusão na emergência, em pacientes de baixo risco.<sup>3</sup> Idosos, mulheres grávidas e pacientes que tomam medicamentos com efeitos vasodilatadores estão predispostos a desenvolver hipotensão ortostática sintomática.

A síncope cardíaca é a segunda causa mais comum de síncope e tem como causas mais comuns as arritmias como: bradicardia sinusal grave (<40bpm) durante a vigília; bloqueio sinoatrial ou pausa sinusal >3 segundos; bloqueio AV de 3º grau; bloqueio AV intermitente; taquicardia ventricular sustentada e taquicardia supraventricular. Outras causas incluem síndrome do QT longo e do QT curto; síndrome de Brugada; displasia arritmogênica do VD; mau funcionamento de marcapasso; drogas induzindo arritmias; padrão de repolarização precoce no ECG em parede inferolateral; doenças cardíacas estruturais ou cardiopulmonares como estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, mixoma atrial, embolia pulmonar, hipertensão pulmonar, cardiomiopatia dilatada, infarto do miocárdio, dissecação de aorta.<sup>3,4</sup>

A síncope neurovascular, menos frequente, pode ocorrer em episódios de enxaqueca, devido a espasmo vascular cerebral ou síndromes de roubo da subclávia quando ocorre uma inversão do fluxo de sangue da artéria vertebral

ipsilateral distalmente à estenose ou a oclusão da artéria. Pode ocorrer também associados a acidentes isquêmicos transitórios.<sup>3</sup>

## HISTÓRIA CLÍNICA

Uma adequada anamnese é um dos fatores mais importantes para o diagnóstico correto da causa de síncope. Algumas questões devem ser consideradas: a perda de consciência foi completa; o início foi abrupto e duração do episódio foi rápida; houve recuperação total da consciência sem sequelas; houve perda do tônus postural durante o episódio. A avaliação adequada destas informações é essencial para a confirmação da síncope.<sup>1,4</sup>

Algumas características das síncopes podem auxiliar na identificação da causa ou estratificar o risco:

1) *Número de síncopes*- Um número elevado de síncopes em um curto intervalo de tempo ocorrem em indivíduos propensos a sofrer de alguma patologia grave. Causas benignas de síncope estão associadas a um evento único.

2) *Idade*- Em jovens a síncope neurocardiogênica prevalece, no entanto também pode estar associada a síndrome do QT longo ou cardiomiopatia hipertrófica. Síncope em pacientes mais idosos frequentemente está mais associada à causa cardíaca. Algumas vezes ocorre síncope associada ao exercício em indivíduos jovens e saudáveis.

3) *Duração*- A perda da consciência por tempo prolongado pode sugerir convulsão. Arritmias e síncope vasovagal estão relacionadas a curto período de tempo. Pode haver recuperação da consciência mesmo mantendo a arritmia. Alterações neurológicas significativas ou confusão durante e após o período de recuperação podem sugerir AVC ou AIT.

4) *Posição*- síncope por hipotensão ortostática é resultante da mudança da posição supina para postura ereta. Síncope neurocardiogênica ocorre geralmente quando o paciente está ereto por muito tempo (mínimo 15-20 minutos).<sup>1</sup> Síncope em decúbito dorsal sugere arritmia.

5) *Início súbito*- geralmente é visto em síncope cardíaca, mas, como a síncope não cardíaca é mais frequente, síncope de início súbito é mais encontrada em causas não cardíacas.

6) *Sintomas associados*- dispneia súbita pode sugerir embolia pulmonar aguda. Angina indica causa cardíaca com frequência; sensação de palpitações

está associada à arritmia; cefaleia pode estar relacionada à hemorragia subaracnoide aguda; síncope vasovagal geralmente está associada a sintomas como náuseas, calor, palidez, tontura ou sudorese. Esses sintomas geralmente não estão presentes quando a causa da síncope é cardíaca. A presença de sinais neurológicos focais geralmente possui relação com síncope neurológica.

7) *Fatores desencadeantes*- tosse, deglutição, ambiente confinado e/ou quentes, ato de urinar e episódios de dor intensa sugerem síncope neuromediada. Esforço abrupto pode precipitar síncope mesmo em indivíduos jovens, mas causas cardiovasculares devem ser descartadas (estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva).

8) *História médica progreza* - pacientes com doenças psiquiátricas podem ter síncope secundária à hiperventilação; pacientes com DM podem ter síncope devido à neuropatia autonômica; uso de medicações anti-hipertensivas e história de doença cardíaca podem precipitar síncope.

9) *História familiar*- devem ser consideradas história familiar positiva de morte súbita, de cardiomiopatia familiar e história de síncope.

## **EXAME FÍSICO**

Pressão arterial e o pulso devem ser verificados em posição supina, sentada e em posição ortostática, para avaliar a possibilidade de hipotensão ortostática. O ritmo e frequência cardíaca devem ser observados, assim como a presença de sopros cardíacos. Diferenças de pulsos entre membros, saturação de oxigênio e frequência respiratória também devem ser avaliados. Ausculta pulmonar e exame neurológico devem ser considerados. O exame do pescoço não deve ser esquecido. Toque retal pode identificar alguns pacientes com hemorragia gastrointestinal. Exame da cavidade oral pode revelar lacerações na face lateral da língua sugerindo convulsão. A Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda massagem do seio carotídeo para o diagnóstico de hipersensibilidade do seio carotídeo em pacientes com mais de 40 anos que apresentam síncope de origem desconhecida. O diagnóstico é feito quando há uma pausa maior que 3 segundos ou redução da PAS de 50mmHg. As contraindicações para realização da massagem são presença de sopro carotídeo que pode indicar presença de placa ateromatosa ou história previa de AVC ou AIT nos últimos 3 meses.<sup>1,2,4,5</sup>

## **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS**

Quando características clínicas de alto risco de eventos graves em curto prazo estão presentes, avaliação e tratamento precoce são indicados.<sup>5</sup>

Doença estrutural cardíaca ou doença arterial coronariana;

1. Clínica ou ECG sugerindo arritmia:
  - a. Síncope durante esforço ou em posição supina;
  - b. Palpitações no momento da síncope;
  - c. Bloqueio AV II ou III grau
  - d. Bloqueio de ramo D ou E alternantes;
  - e. Bradicardia persistente (<40 bpm);
  - f. ECG com Pré-excitação QRS;
  - g. Elevação do segmento ST nas derivações V1-V3(síndrome de Brugada)
  - h. Taquicardia Ventricular ou Taquicardia Supra-Ventricular paroxística
  - i. Ondas t negativas nas derivações precordiais direitas e potenciais ventriculares tardios sugerindo cardiomiopatia arritmogênica de VD.
2. Historia familiar de morte súbita
3. Comorbidades importantes como anemia severa ou distúrbios eletrolíticos

### **Exames**

1) Eletrocardiograma- Deve ser realizado em todos os pacientes com síncope.

2) Ecocardiografia Bidimensional- É indicado para avaliar as estruturas cardíacas, fração de ejeção, presença de hipertrofia ventricular ou septal. É mais útil em pacientes com síncope inexplicada, histórico cardíaco prévio ou ECG anormal.

3) Teste ergométrico - é indicado para avaliar pacientes com doença cardiovascular, especialmente naqueles pacientes com síncope inexplicada ou com síncope durante ou após exercício. Em pacientes com menos de 40 anos uma resposta inadequada da PA ao exercício sugere doença arterial coronariana ou miocardiopatia hipertrófica. Em pacientes mais velhos sugere doença arterial coronariana ou insuficiência autonômica.

4) Holter: é indicado quando há probabilidade de identificação de uma arritmia associada à síncope.

5) TILT teste: usado para confirmar a suspeita de síncope neuromediada na ausência de doença cardíaca estrutural ou isquemia. Os pacientes são deitados na fase de pré-inclinação e em seguida são colocados em 60-70 graus durante

20-45 minutos. Se nenhum evento é reproduzido o teste é repetido com provocação farmacológica. É considerado positivo se paciente tiver diminuição sintomática da PAS ou bradicardia.

6) Eletrofisiologia: a Diretriz da American Heart Association/ American College of Cardiology Foundation (AHA/ACCF) incluem doença arterial coronariana e síncope assim como fração de ejeção <35% e miocardiopatia não isquêmica, como indicações para estudo eletrofisiológico, para avaliar potenciais arritmias graves e risco de morte súbita.<sup>2</sup>

O estudo *The ROSE* feito por Reed et al. evidenciou uma sensibilidade de 87,2% e especificidade de 65,5% para identificação de pacientes de alto risco com síncope e que, portanto, devem ser hospitalizados para melhor avaliação. Foram observados fatores relacionados a desfechos graves e todas as causas de morte em um mês em pacientes que se apresentaram com síncope na emergência. Os preditores independentes foram: concentração de BNP >300pg/ml (odds ratio [OR]:7,3); sangue nas fezes (OR:13,2); Hemoglobina 90g/l (OR:6,7); saturação de oxigênio 94% (OR:3,0); e onda Q no ECG (OR:2,8). A regra ROSE (estratificação de risco de síncope no departamento de emergência) mostrou que BNP, isoladamente foi um importante preditor de eventos cardiovasculares graves (8 de 22 eventos, 36%) e de mortes por todas as causas (8 de 9 mortes, 89%). A regra ROSE está vinculada a mnemônica BRACES (BNP≥300pg/ml; Bradicardia ≤50 na chegada à emergência; exame retal evidenciando sangue oculto nas fezes em suspeitos de sangramento gastrointestinal; anemia com hemoglobina ≤90g/l; dor torácica associada com síncope (*chest pain*); ECG mostrando onda Q (exceto na derivação III); saturação ≤94% em ar ambiente). O paciente deve ser internado se algum dos 7 itens estiver presente.<sup>6</sup>

## CONCLUSÃO

Avanços significativos têm sido observados, nos últimos tempos, no manejo terapêutico dos pacientes com síncope. Entretanto, ainda persistem controvérsias e dificuldades na avaliação clínica em situações de emergência, uma situação muito prevalente. Alguns critérios diagnósticos devem ser lembrados para identificar as principais causas e encaminhar a melhor maneira de investigação, salientando a importância da história clínica do paciente, um importante recurso para auxiliar no diagnóstico e propor a melhor alternativa terapêutica.

## REFERÊNCIAS

1. McDermott D, Quinn J. Approach to the adult patient with syncope in the emergency department. [Database on internet] 2014 Jul [updated 2014 Jul; cited 2013 May 6]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-syncope-in-the-emergency-department>. Topic 293 Version 16.0.
2. Gauer RL. Evaluation of Syncope. *Am Fam Physician*. 2011;84(6):640-50.
3. Rosanio S, Schwarz ER, Ware DL, et al. Syncope in adults: Systematic review and proposal of diagnostic and a therapeutic algorithm. *Int J Cardiol*. 2013;162(3):149-57.
4. Olshansky B. Evaluation of syncope in adults. [Database on internet] 2014 Jul [updated 2014 Aug; cited 2014 May 6]. Available: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-syncope-in-adults>. Topic 969 Version 12.0.
5. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*. 2009;30(21):2631-71.
6. Reed MJ, Newby DE, Coull AJ, et al. The ROSE (risk stratification of syncope in the emergency department) study. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(8):713-21.
7. Benditt DG, Can I. Initial evaluation of "syncope and collapse" the need for a risk stratification consensus. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(8):722-4.
8. Brignole M, Hamdan MH. New concepts in the assessment of syncope. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59(18):1583-91.