



RELATO DE CASO

Avaliação Invasiva de Síncope Recorrente: Relato de Caso

Invasive Assessment of Recurrent Syncope: A Case Report

Alessandre C. Rabello^{1*}, Felipe Dourado Marques¹

¹Serviço de Arritmias Cardíacas do Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil

Síncope é um sintoma comum na prática clínica e muitas vezes representa um desafio na elucidação de sua causa. Os bloqueios bifasciculares (BRE, BRD e BFASE, BRD e BFIPE) podem cursar com paroxísticos bloqueios atrioventriculares transitórios e serem causas de síncope de repetição. O estudo eletrofisiológico representa o gold standart na avaliação de síncope na vigência de distúrbios na condução intraventricular. Neste artigo, apresentamos um caso de paciente com síncope de repetição e bloqueio bifascicular (BRD e BFASE) que foi submetido a avaliação invasiva da condução intraventricular por meio do estudo eletrofisiológico. A constatação de intervalo HV prolongado (HV=78 ms) e a ocorrência de BAV 2º grau pós hisiano pode indicar com maior certeza a conduta de implante de marcapasso. O implante de marcapasso bicameral empregando técnica de estimulação fisiológica foi bem sucedido e o paciente manteve-se sem recorrência de sintomas.

Palavras-chave: Síncope; Bloqueios Bifasciculares; Marcapasso.

Correspondence addresses:

Dr. Alexandre C. Rabello
ritmologia@uol.com.br

Received: September 20, 2023

Revised: November 28, 2023

Accepted: December 15, 2023

Published: December 27, 2023

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2023 by Santa Casa
de Misericórdia da Bahia.
All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Syncope is a regular symptom in current clinical practice and represents a challenge in diagnostic assessment. The findings in patients with chronic bifascicular blocks (LBB, RBB, and LAHB or RBB and LPHB) may cause paroxysms and transient AV block to relate to recurrent syncope. The electrophysiologic study is revealed to be a gold standard in the assessment of syncope and interventricular disturbances. We reported a patient with recurrent syncope and bifascicular block (RBB and LAHB) that the electrophysiologic test showed a prolonged HV interval (HV= 78 ms) and pós-hissian second-degree AV block allowed an indication of pacemaker implantation properly. The dual chamber pacing was implanted successfully using a physiologic pacing bundle branch, and the patient no longer had symptoms. Keywords: Syncope; Bifascicular Blocks; Pacemaker.

Introdução

Síncope é um sintoma comum na prática clínica, correspondendo de 1 a 3% das admissões em unidades de emergências e 6% das internações hospitalares. Apesar de ter um curso benigno na maioria das vezes, a síncope exige atenção em paciente selecionados, sobretudo nos idosos e portadores de cardiopatia estrutural. Em alguns casos, o diagnóstico etiológico pode ser desafiador e a propedêutica cardiológica extensa, gerando custos excessivos.

Neste relato de caso, apresentamos um indivíduo com síncope de repetição e abordagem diagnóstica otimizada baseada em diretrizes.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 78 anos, diabético tipo II e dislipidêmico, com histórico de 3 episódios de perda transitória de consciência tipo sincopal, sem pródromos, padrão desliga-liga, sendo um em ortostase e outros dois eventos em posição sentada, procurou auxílio médico em unidades de emergência no interior da Bahia, sem elucidação dos quadros. Após terceiro episódio, foi internado em julho 2022, em hospital terciário para investigação diagnóstica. Não apresentava outros sintomas associados. Idoso, sem limitação funcional, realizava caminhadas regularmente. Estava em uso de empagliflozina 10mg/dia, metformina 850mg/dia e sinvastatina 20mg/dia.

O exame físico era normal, com ritmo regular, FC=60 bpm, pressão arterial normal. Ao ECG, ritmo sinusal, intervalo PR normal com bloqueio de ramo direito (BRD) e bloqueio fascicular ântero-superior esquerdo (BFASE) (Figura 1). Ecocardiograma transtorácico apresentava-se sem anormalidades estruturais, função ventricular esquerda preservada, com disfunção diastólica tipo I. Paciente manteve-se assintomático na UTI e a monitorização cardíaca contínua não registrou bradiarritmias ou taquiarritmias. O exame de Holter mostrou função sinusal normal, sem registros de pausas ou bloqueios, sem ocorrência de taquiarritmias nas 24 horas de gravação.

Diante da histórica clínica de síncope de provável origem cardíaca, tendo a hipótese de lesão do sistema excito-condutor atrioventricular, paciente foi submetido a estudo eletrofisiológico (EEF) que evidenciou bloqueio atrioventricular (BAV) de primeiro grau pós hisiano, representado pela medida do intervalo HV=78 ms (intervalo de normalidade 35-55ms) e presença de BAV do segundo grau pós-hissiano tipo 2:1, durante estimulação atrial programada, denotando lesão grave no sistema His-Purkinje (Figura 2).

Diante do diagnóstico de bloqueio pós-hissiano no EEF, que denota grave lesão do sistema His-Purkinje com alto risco para evolução da BAV, paciente foi submetido a implante de marcapasso

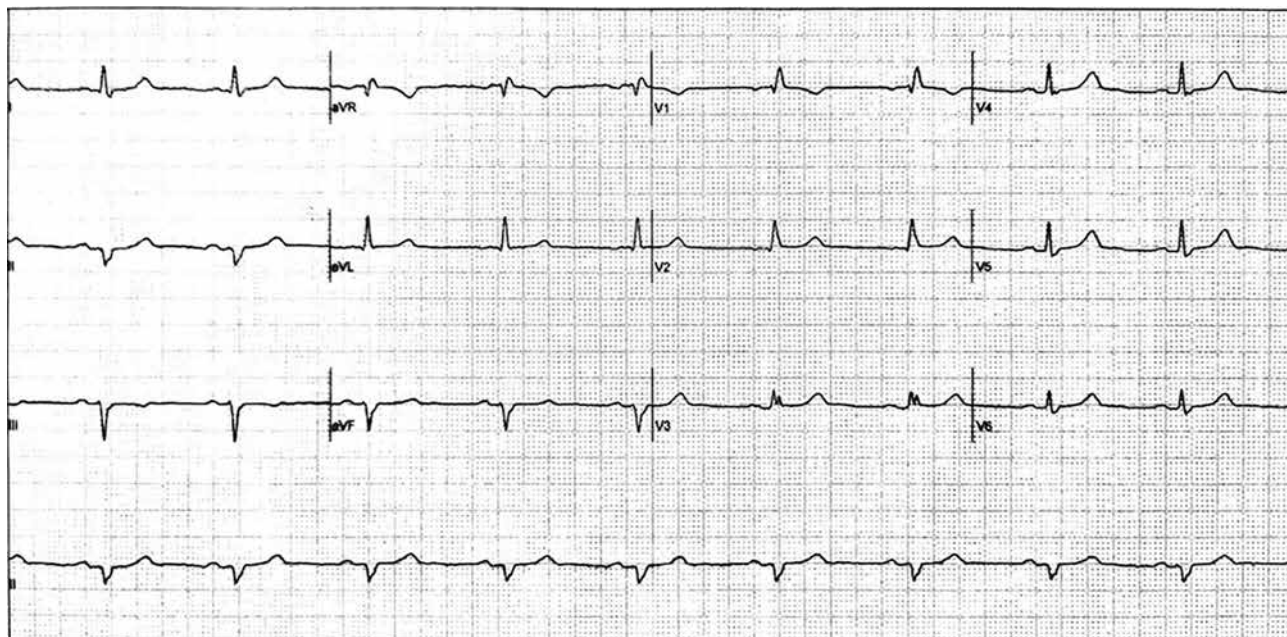
bicameral empregando técnica de estimulação fisiológica (Figura 3). Paciente segue com boa evolução clínica, sem novos quadros sincopais.

Discussão

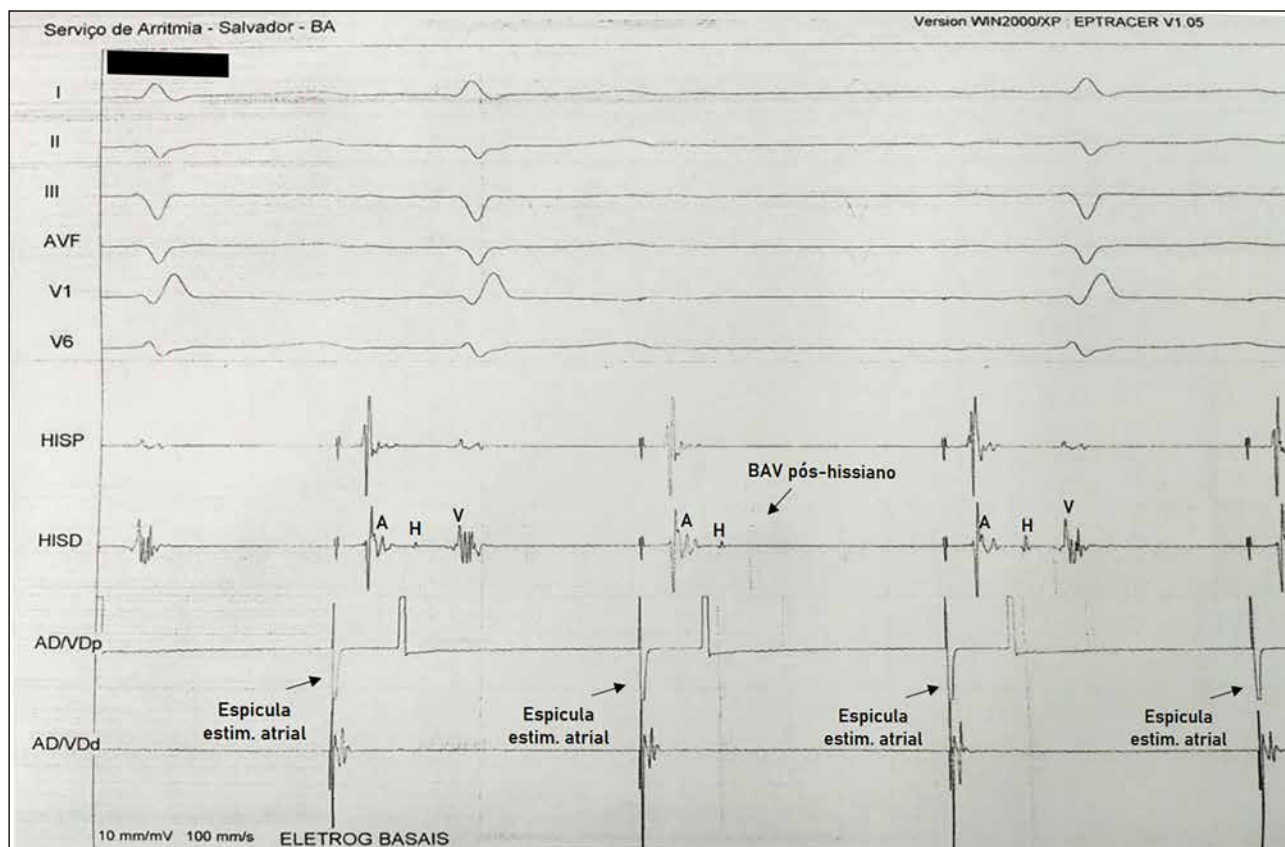
A síncope é definida como perda transitória da consciência, decorrente de hipoperfusão cerebral difusa, de início súbito, curta duração, com recuperação completa e espontânea. A cessação súbita do fluxo cerebral por 6 a 8 segundos é o suficiente para ocasionar perda de consciência. Pode vir acompanhada de pródromos de mal-estar, náuseas, sudorese e palidez cutânea, o que favorece a suspeita clínica de síncope reflexa. Nos casos de síncope tipo “desliga-liga”, em que não se observa pródromos, a hipótese de síncope arritmogênica deve ser considerada.

A história clínica da síncope, fator desencadeante, uso de medicamentos, presença de cardiopatia estrutural e alterações no ECG representam dados clínicos fundamentais e grande acurácia na investigação dos quadros de síncope. Neste contexto, foram criados escores de avaliação de risco de pacientes (Score OESIL) e escores que permitem discernir a etiologia das síncope em causa cardíaca e não cardíaca. O escore EGSYS (*Evaluation of Guideline in Syncope Study*) é um escore com variáveis clínicas e eletrocardiográficas desenvolvido para avaliar a probabilidade de síncope de etiologia cardíaca.¹ Envolve 6 variáveis: (1) presença de doença cardíaca ou ECG de 12 derivações alterado (+3 pontos); (2) palpitações antes da síncope (+4 pontos); (3) síncope desencadeada no esforço físico (+3 pontos); (4) síncope em posição deitada (+2 pontos); (5) pródromos vegetativos (-1 ponto); (6) existência de fatores precipitantes (-1 ponto). Valores de escore EGSYS ≥ 3 tem uma sensibilidade e especificidade para diagnóstico de síncope de etiologia cardíaca de 92% e 69%, da mesma forma que determina baixa mortalidade nos doentes com EGSYS < 3 .

A presença de bloqueio bifascicular no ECG de 12 derivações sugere que a causa de

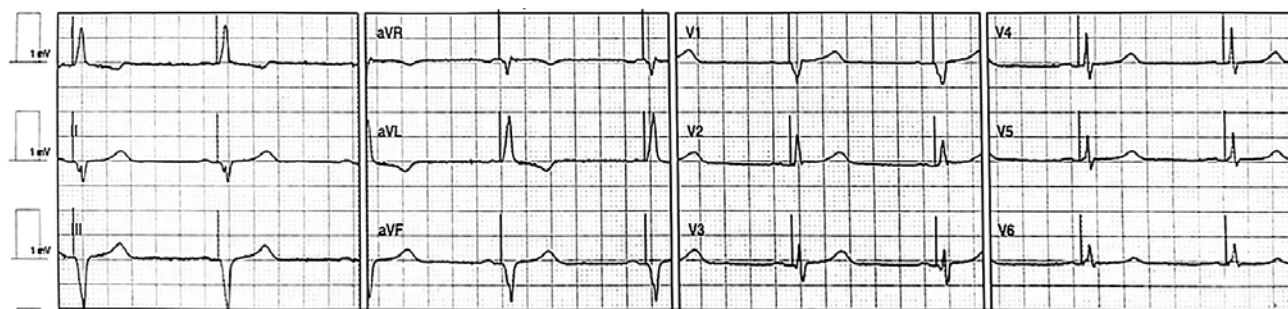
Figura 1. Eletrocardiograma basal.

Ritmo sinusal com intervalo PR normal com Bloqueio de Ramo Direito (BRD) e Bloqueio Fascicular Antero-superior Esquerdo (BFASE) – Bloqueio bifascicular. Frequência cardíaca 60 bpm. Velocidade 25mm/s, amplitude 10mm/mv.

Figura 2. Estudo eletrofisiológico. Intervalo HV basal 78ms (BAV primeiro grau pós-hissiano).

BAV segundo grau tipo 2:1 pós-hissiano frente estimulação atrial com ciclo 600ms (100bpm). Cateter HSD posicionado no feixe de His; A: potencial atrial; H: potencial de His; V: potencial ventricular.

Figura 3. Eletrocardiograma pós implante de marcapasso bicameral (técnica fisiológica tipo septo profundo).



síncope possa ser decorrente de BAV espontâneo transitório. Todavia, menos da metade dos pacientes com bloqueio bifascicular e síncope tem o diagnóstico de BAV e, na mesma proporção, pacientes têm o diagnóstico de síncope reflexa. Aproximadamente 15% permanecem com etiologia da síncope inexplicada ao final de extensa propedêutica cardiológica. Ainda, aqueles pacientes que receberam implante de Looper recorder, aproximadamente metade permaneceram livre de sintomas após 2 anos de seguimento.

O implante de marcapasso definitivo sem documentação de BAV nos pacientes com bloqueio bifascicular (implante empírico de marcapasso) tem se mostrado com risco de recorrência de síncope em 25% dos casos no seguimento e sem a necessidade de estimulação na metade dos pacientes. Desse modo, somente um de quatro pacientes terão o implante apropriado quando se adota esta estratégia.

Para dirimir esse problema, ESC Guidelines² recomenda, em estimulação cardíaca, a utilização de estudo eletrofisiológico (EEF) nos pacientes com FE > 35%, com intuito de avaliar o sistema de condução e indicar com maior acurácia o implante de marcapasso definitivo, e implante de Looper recorder em caso de EEF negativo. Com essa estratégia, o marcapasso foi implantado em aproximadamente metade dos pacientes e estes tiveram recorrência das síncope após implante de marcapasso em 0-7% dos casos. Esta estratégia é segura e defendida nos Guidelines. No entanto,

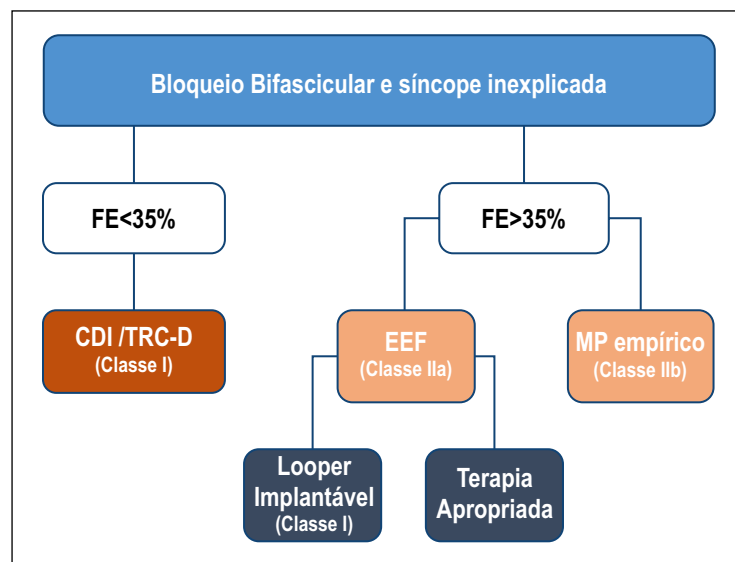
estes mesmos Guidelines reconhecem que no mundo real, devido às dificuldades regionais e acesso a serviços especializados de eletrofisiologia invasiva, é aceitável a estratégia de implante empírico de marcapasso (classe IIb) (Figura 4).

Mesmo frente à qualidade de evidência moderada, existe consenso que em um paciente com bloqueio bifascicular e EEF positivo ou documentação de paroxístico BAV durante monitorização cardíaca prolongada o implante de marcapasso é efetivo na prevenção de recorrência de síncope. Todavia, a evidência de implante empírico de marcapasso é fraça e os benefícios são incertos.²

Estudo Eletrofisiológico

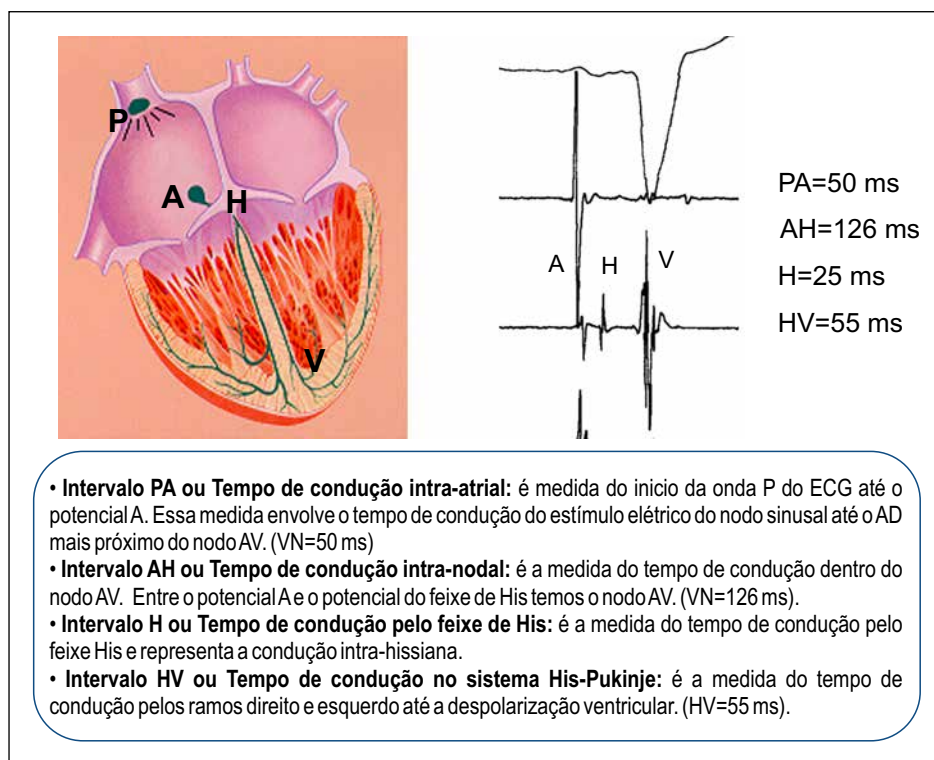
Na avaliação da condução atrioventricular, o EEF pode esclarecer lesões do sistema de condução não evidenciadas nos exames rotineiros. Para tal, colocamos um cateter quadripolar na porção superior do anel tricúspide para captação do potencial do feixe de His e outro cateter quadripolar no átrio direito alto, próximo à veia cava superior, para captação dos potenciais elétricos e estimulação atrial programada. A captação de potenciais elétricos do átrio direito e feixe de His permitem a medida de intervalos de tempos (Figura 5)³.

As recomendações para implante de marcapasso em pacientes com distúrbio da condução intraventricular, com base no estudo eletrofisiológico, estão fundamentadas na medida

Figura 4. Algoritmo terapêutico de pacientes com síncope inexplicada e bloqueio bifascicular.

CDI: cardiodesfibrilador implantável; TRC-CDI multissítio; EEF: estudo eletrofisiológico; MP: marcapasso.

Fonte: ESC Guidelines 2018.²

Figura 5. O estudo eletrofisiológico.

Medida dos intervalos e tempos de condução utilizados durante EEF para definição do nível de bloqueio.

do intervalo HV, que representa a atividade elétrica no sistema His-Purkinje:⁴

- (1) Intervalo HV > 70 ms na vigência de sintomas;
- (2) Intervalo HV > 100 ms independente de sintomas;
- (3) Bloqueio pós hisiano espontâneo ou frente estimulação atrial FC < 150bpm;
- (4) Bloqueio de ramo alternante;
- (5) Intervalo HV > 100 ms após infusão de procainamida ou flecainida;
- (6) Bloqueio pós hisiano de 2º grau ou 3º grau após infusão de procainamida ou flecainida.

Conclusão

Neste relato de caso, apresentamos paciente com síncope de repetição com características de causa cardíaca, que após investigação cardiológica à propedêutica não invasiva,

permanecia inexplicada. Diante da presença de distúrbio da condução intraventricular no ECG, a estratégia invasiva de estudo eletrofisiológico pode esclarecer o mecanismo da síncope e o implante de marcapasso foi realizado com maior certeza.

Referências

1. del Rosso A, Ungar A, Maggi R et al. Clinical predictors of cardiac syncope at initial evaluation in patients referred urgently to a general hospital: the EGSYS score. *Heart* 2008;94:1620-1626.
2. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal* 2018;39:1883–1948.
3. Clinical Intracardiac Electrophysiologic Testing: Technique, Diagnostic Indications, and Therapeutic Uses. *Mayo Clin Proc.* 1986;61:478-503.
4. Dhingra RC, Wyndham C, Bauernfeind R, Swiryn S, Deedwania PC, Smith T, Denes P, Rosen KM. Significance of block distal to the His bundle induced by atrial pacing in patients with chronic bifascicular block. *Circulation* 1979;60:1455-1464.