

O Uso do Marcapasso Cardíaco e da Fludocortisona no Tratamento da Síncope Neurocardiogênica Maligna

Mitermayer Reis BRITO⁽¹⁾ Carlos Eduardo MIRANDA⁽²⁾

Reblampa 78024-224

Brito M R. Miranda C E. O uso do marcapasso cardíaco e da fludocortisona no tratamento da síncope neurocardiogênica maligna. Reblampa 1998; 11(4): 191-193.

RESUMO: A síncope neurocardiogênica é uma anormalidade comum e com prognóstico geralmente benigno. Entretanto, um subgrupo de pacientes com esta anormalidade pode apresentar episódios de bradicardia ou assistolia acentuada, sendo considerados portadores da síncope neurocardiogênica maligna. O marcapasso de dupla-câmara, como terapêutica isolada, pode não ser suficiente para eliminar tais episódios, especialmente na presença de um componente vasodepressor importante. Descreve-se o caso clínico de um paciente que foi tratado com sucesso com a combinação do marcapasso dupla-câmara e da fludocortisona.

DESCRITORES: síncope neurocardiogênica maligna, marcapasso, tratamento.

INTRODUÇÃO

O teste de inclinação (tilt test) constitui um importante método diagnóstico para a identificação de pacientes com síncope neurocardiogênica¹, de prognóstico geralmente benigno. A presença de assistolia prolongada (acima de 5 segundos) durante o teste de inclinação tem sido descrita em pacientes que apresentam a forma maligna desta síndrome.

Freqüentemente estes episódios não são precedidos de "sintomas de alerta" e em geral os quadros sincopais podem estar associados a uma morbidade significativa. Pouco se sabe sobre o significado prognóstico dessa resposta acentuada na síncope neurocardiogênica maligna e ainda não há consenso sobre a melhor opção terapêutica.

RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino, de 21 anos de idade, sem cardiopatia estrutural, relatava episódios sincopais desde os 10 anos de idade, acompanhados de vários traumatismos corporais. Fazia uso de anticonvulsivante.

Havia sido previamente avaliado através de inúmeros exames médicos, tomografia cerebral computadorizada, eletroencefalograma, eletrocardiografia dinâmica, ecocardiograma e exames laboratoriais. Nenhuma anormalidade fôra encontrada e a etiologia dos episódios permanecia desconhecida.

Aos 19 anos de idade, ao ser submetido ao teste de inclinação em nosso serviço, apresentou assistolia de 23 segundos (Figura 1) durante o 25º minuto do teste passivo, acompanhada de crise convulsiva.

(1) Eletrofisiologista dos Hospitais ProntoCor e Socor – Belo Horizonte/ MG e membro habilitado do Deca.

(2) Médico da UTI do Hospital ProntoCor – Belo Horizonte/ MG.

Endereço para correspondência: Av. do Contorno, 6.777/ 801 - Funcionários - CEP.: 30.110-110 - Belo Horizonte - MG.
Trabalho recebido em 11/1998 e publicado em 12/1998.

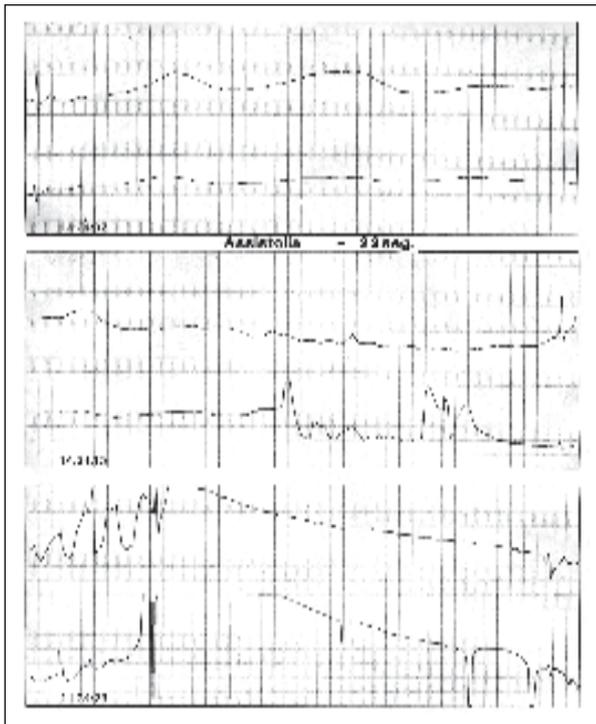


Figura 1 - Assistolia durante o 25º minuto do teste de inclinação (traçados de Holter - 2 canais).



Figura 2 - Traçados sucessivos (Holter - 2 canais) durante o episódio de pré-síncope após o implante de um marcapasso de dupla-câmara.

Durante dois anos, foram testados medicamentos como betabloqueadores, fludocortisona e teofilina, isolados ou combinados, sem controle significativo da ocorrência dos quadros sincopais, os quais eram reproduzidos no teste de inclinação com presença de assistolia ventricular prolongada. Optou-se então pelo implante de um marcapasso de dupla-câmara Teletronics – modelo 1256 D, com programação de frequência cardíaca de demanda de 55 bpm, como tentativa de prevenir ou atenuar os episódios de síncope. Após o implante, durante o teste de inclinação e sem o uso de medicamentos, o paciente veio a apresentar um quadro de pré-síncope com diminuição da frequência cardíaca até a frequência programada do marcapasso, precedido da queda de 40 mmHg na pressão arterial sistólica (Figura 2). Com a administração de Fludocortisona (Flurinef® (- 1 mcg/kg peso), foi submetido novamente ao teste de inclinação, sem apresentar síncope ou pré-síncope. Desde então permanece clinicamente assintomático.

DISCUSSÃO

O tratamento ideal da forma maligna da síncope neurocardiogênica permanece de certa maneira controverso^{2,3}. Sra. e colaboradores⁴ concluíram que o tratamento farmacológico é superior à terapia com marcapasso. Nas situações em que o marcapasso é

eficaz como terapia inicial, muitos pacientes necessitarão também da terapia farmacológica em virtude da recorrência dos sintomas.

O marcapasso geralmente não impede o início da síncope vasovagal, que é previsível, já que na maioria das vezes a hipotensão (efeito vasodepressor) precede a bradicardia.

Entretanto, muitos pacientes são refratários ou apresentam intolerância à terapia medicamentosa e necessitam da adição do marcapasso⁵. Embora a terapia com marcapasso de dupla-câmara não altere a vasodilatação periférica, pode restaurar artificialmente a frequência cardíaca, mantendo-a próxima do normal, assim como a sincronia atrioventricular durante o episódio sincopal.

Consequentemente, o marcapasso pode atenuar a evolução dos estágios mais extremos de hipotensão, prolongando o período pré-sincopal em pacientes selecionados que apresentam um componente cardio-inibitório documentado.

O advento de algoritmos mais sofisticados para os marcapassos⁶ (por exemplo, rate-drop response, RDR, Thera DR), em resposta ao início da bradicardia na síncope neurocardiogênica maligna, tem sido avaliado como uma opção mais eficaz

Casos clássicos de pacientes jovens com síncope neurocardiogênica maligna, desde que cuidadosamente selecionados, podem obter grandes benefícios

da terapia com marcapasso, combinada ou não com drogas, e assim diminuir os episódios sincopais, permitindo o retorno às atividades normais.

Reblampa 78024-224

Brito M R. Miranda C E. Pacemaker and fludocortisone as treatment of malignant neurocardiogenic syncope. Reblampa 1998; 11(4): 191-193.

ABSTRACT: Neurocardiogenic syncope is a common abnormality with a generally benign prognosis. However, a subgroup of patients with this disorder may present with episodes of profound bradycardia or asystole and they are considered as having malignant neurocardiogenic syncope. Dual chamber cardiac pacing as lone therapy may not eliminate these episodes as a significant vasodepressor component may also be present. We report a case whereby a patient was successfully treated with a combination of dual chamber cardiac pacing and fludocortisone.

DESCRIPTORS: malignant neurocardiogenic syncope, pacemaker, treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brito M R. Kalil M. Cost Effective Analysis of Diagnostic Strategies in Syncope of Unknown Etiology with Positive Tilt Table Test. J Am Coll Cardiol 1998; 31: 322C {Abstract}.
- 2 Pertensen M. Sutton R. Cardiac Pacing for Vasovagal Syncope: A reasonable therapeutic option? PACE 1997; 20: 824-6.
- 3 Sr^a. J. Jazayeri M. Comparison of Cardiac Pacing with Drug Therapy in the Treatment of Neurocardiogenic Syncope with Bradycardia or Asystole. N Eng J Med 1993; 328: 1085-90.
- 4 Sr^a. J. Aktar M. Cardiac Pacing during Neurocardiogenic (vasovagal) Syncope J Cardiovasc Electrophysiol. 1995; 6: 751-60.
- 5 Kosinski J. Grubb P. Elliot L. Dubois B. Treatment of malignant neurocardiogenic syncope with dual chamber cardiac pacing and fluoxetine hydrochloride. PACE 1995; 18: 1455-7.
- 6 Gamanage D. Tilt Testing: a useful screen for rate-drop response. PACE 1997; 20: 829-31.