

COMENTÁRIO EDITORIAL



Diretrizes para diagnóstico e conduta na síncope: comparações entre a sociedade científica americana (ACC/AHA/HRS) e a europeia (ESC)

Francisco Darrieux, MD, PhD*

INTRODUÇÃO

A síncope é um sintoma prevalente e responsável por cerca de 6% das internações hospitalares¹, com causas e fisiopatologias diversas. A principal “missão” do profissional da área médica que se depara com estes pacientes reside fundamentalmente na acurácia do diagnóstico etiológico e na estratificação do risco cardiovascular, desde casos simples de síncope por hipotensão ortostática, até síncopes arrítmicas dramáticas, com potencial risco de morte súbita. Nossa compreensão da síncope cresceu ao longo dos últimos 30 anos, em grande parte devido aos avanços nos testes diagnósticos e nos sistemas aprimorados de atendimento. Contudo, o diagnóstico e o mecanismo causal frequentemente permanecem imprecisos². Assim, a síncope é considerada um sintoma desafiador tanto para o paciente como para os profissionais de saúde. Sobre este tema, as diretrizes americanas foram publicadas em 2017³ e as Europeias em 2018⁴, o que levou a um artigo de revisão numa recente publicação no prestigioso JACC⁵, incluindo autores de ambas as escolas mundiais, onde foram dissertadas as principais diferenças e similitudes entre as diretrizes propostas.

RESUMO DOS PRINCIPAIS PONTOS DE DESTAQUE

As principais diferenças nas recomendações foram observadas em pacientes com doença do sistema de condução, síncope reflexa e hipotensão ortostática. No entanto, a maior parte das recomendações de tratamento

foram semelhantes. Neste editorial, serão pontuadas as principais divergências entre as diretrizes.

Embora não tenham sido observadas grandes diferenças no conceito diagnóstico da síncope na diferenciação com outras formas de perda súbita e transitória da consciência, as diretrizes americanas tiveram maior foco nas causas, ao passo que as diretrizes europeias preferiram incluir outras formas de perda de consciência ou estados não sincopais reais.

As diretrizes americanas preferiram incluir avaliação e conduta da síncope em atletas e em adultos portadores de cardiopatias congênitas, ao passo que nas diretrizes europeias houve preferência em se mencionar a importância das unidades de síncope, que podem ser custo-efetivas⁶. No campo das arritmias hereditárias, as diretrizes europeias foram mais “econômicas” ao mencionarem somente algumas canalopatias (como as síndromes do QT longo e de Brugada), uma vez que já tinham produzido um prévio documento robusto sobre este tema geral, o que difere das diretrizes americanas, que descrevem todas as possíveis etiologias, como, por exemplo, a síndrome do QT curto, as cardiomiopatias arritmogênicas e a sarcoidose cardíaca.

Outra controvérsia reside na conduta em síncopes severas na população pediátrica, sendo os europeus mais conservadores por falta de evidências, enquanto as diretrizes americanas incluem a possibilidade de indicação de implante de marcapasso como classe IIb em crianças com severas síncopes com palidez após ataques de apneias respiratórias conhecidas como *breath-holding spells*.

No que se refere aos pacientes com síncope e bloqueio bifascicular, as recomendações americanas tendem para

* Unidade de Arritmias Cardíacas – Instituto do Coração (InCor) – Universidade de São Paulo – São Paulo, Brasil. E-mail para correspondência: francisco.darrieux@incor.usp.br

uma classe de indicação IIa para marcapasso (MP), bem como para os casos duvidosos com estudo eletrofisiológico (EEF) demonstrando achados incidentais de bloqueios infra-hissianos. Já as orientações europeias são menos favoráveis ao implante empírico de MP (Classe IIb), mas oferecem uma recomendação de classe I para MP com terapia guiada por EEF.

Um aspecto importante se refere às indicações dos monitores implantáveis (*implantable loop recorders*, ILRs). As diretrizes europeias foram fortemente influenciadas pelos estudos que usam ILRs⁷ e pelo estudo observacional B4⁸ (Detecção de bradicardia no bloqueio de ramo), que mostrou que uma abordagem diagnóstica sistemática guiada por EEF e ILR alcança uma alta taxa de diagnóstico etiológico e, portanto, permite uma melhor seleção de tratamento específico. Por fim, um implante de MP guiado por EEF passou nas diretrizes europeias de uma recomendação de Classe IIa para I. A desvantagem potencial de uma estratégia que utiliza ILRs, relatada pelos autores do artigo de revisão, é que ela pode ser cara e resultar em uma constatação de uma síncope evitável. A experiência longitudinal com ILRs mostrou que menos da metade dos pacientes tem um diagnóstico final de bloqueio AV, uma porcentagem semelhante tem um diagnóstico final de síncope reflexa e aproximadamente 15% das causas permanecem inexplicáveis ao final de uma investigação completa⁹. Também deve ser lembrado que esta abordagem diagnóstica deve ser evitada em casos com alta suspeição de síncope com risco de morte súbita, pois, além de não prevenir, pode gravar o trágico evento.

Outra diferença reside na maior quantidade de indicações classe I e IIa nas diretrizes americanas para o EEF, bem mais indicado de forma liberal, ao passo que as diretrizes europeias tendem a preferir esgotar todas as possibilidades clínicas. A presença de 8 recomendações de diretrizes totais para EEF nas diretrizes europeias enfatiza a importância de determinar o mecanismo da síncope com investigações diagnósticas sempre que possível, especialmente se a estimulação cardíaca estiver sendo considerada. Essa abordagem é corroborada pelo fato de que, mesmo na presença de um substrato como o bloqueio bifascicular, existe um potencial de recorrência se a síncope não for devida a uma doença do sistema de condução, como uma síncope com componente vasodepressor.

O tratamento das síncopes reflexas também difere entre as diretrizes. Por exemplo, o uso de betabloqueadores (BB) e de recaptadores seletivos de serotonina (RSS) pode ser aceitável em alguns casos de síncope vasovagal recorrente, ambos como classe IIb, ao passo que as diretrizes europeias refutam o uso tanto dos BB (classe III), como dos RSS (nenhuma recomendação). O uso do midrodine tem maior força de indicação na

diretriz europeia (classe IIa) do que na americana (classe IIb).

Outra diferença também ocorreu na indicação de MP para a síncope assistólica recorrente em pacientes com mais de 40 anos, sendo IIa para a europeia e IIb para a americana. Porém, as diretrizes europeias deixam claro que seria para pausas assistólicas sintomáticas documentadas, espontâneas, > 3 s ou pausas assintomáticas > 6 s devido a parada sinusal, bloqueio AV ou combinação dos 2. Por outro lado, na síncope cardioinibitória reflexa não se indica o MP pela diretriz europeia (classe III) e na americana não houve recomendações específicas. Já a síncope recorrente e sem pródromos com assistolia no exame de *Tilt Test* recebeu indicação de MP pela diretriz europeia (IIb), sem menção específica na diretriz americana.

Finalmente, o tema hipotensão ortostática (HO), embora tenha questões práticas de conduta semelhantes, gerou diferenças quanto aos conceitos e nomenclaturas, sendo mais detalhadas e específicas nas diretrizes europeias (intolerância ortostática, HO inicial, HO neurogênica, HO clássica).

IMPLICAÇÕES

Ensaio randomizados e outras investigações translacionais são necessários para fortalecer as recomendações que são atualmente suportadas com o mínimo evidência e em áreas de discrepância entre as diretrizes. Do ponto de vista da comunidade de língua portuguesa, precisam ser reforçadas as causas de síncope em doenças ainda endêmicas, como a Cardiopatia Chagásica, uma importante etiologia de síncope e com implicações prognósticas¹⁰ e de custo na saúde pública. Outras questões, como acessibilidade aos exames diagnósticos e terapêuticos, disponibilização e capacitação de profissionais para a área específica do conhecimento, bem como gestão orçamentária e peculiaridades na priorização de recursos orçamentários para a saúde também são fatores na decisão nas classes de indicação em diferentes nações do mundo, que, mesmo “globalizado”, possui diferenças marcantes nos perfis socioeconômicos.

CONCLUSÕES

Em geral, não é possível eliminar todas as diferenças em dois conjuntos de diretrizes de prática clínica. Como tal, entender as fontes de discordância é de suma importância. Mesmo na era da medicina baseada em evidências, os profissionais terão interpretações e opiniões ligeiramente variadas de dados semelhantes. Apesar das principais discordâncias, as duas diretrizes recentes da síncope são complementares e com excelentes textos e figuras centrais.

REFERÊNCIAS

1. Alshekhlee A, Shen WK, Mackall J, Chelimsky TC. Incidence and mortality rates of syncope in the United States. *Am J Med* 2009; 122:181-8.
2. Krahn AD, Klein GJ, Yee R, Mandab V. The high cost of syncope: cost implications of a new insertable loop recorder in the investigation of recurrent syncope. *Am Heart J* 1999; 137:870-7.
3. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:e39-110.
4. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 2018; 39:1883-948.
5. Goldberger ZD, Petek BJ, Brignole M, et al. ACC/AHA/HRS Versus ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope. *JACC Guideline Comparison*. *J Am Coll Cardiol* 2019; 74:2410-23.
6. Kenny RA, Brignole M, Dan GA, et al. Syncope Unit: rationale and requirement--the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society. *Europace*. 2015 Sep; 17(9):1325-40
7. Brignole M, Menozzi C, Moya A, et al., International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE) Investigators. Mechanism of syncope in patients with bundle branch block and negative electrophysiological test. *Circulation* 2001; 104:2045-50.
8. Moya A, Garcia-Civera R, Croci F, et al. Bradycardia detection in bundle branch block (B4) study. Diagnosis, management, and outcomes of patients with syncope and bundle branch block. *Eur Heart J* 2011; 32:1535-41.
9. Donateo P, Brignole M, Alboni P, et al. A standardized conventional evaluation of the mechanism of syncope in patients with bundle branch block. *Europace* 2002; 4:357-60.
10. Nunes MC, Carmo AAL, Rocha MOC, Ribeiro AL. Mortality prediction in Chagas heart disease. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2012; 10 (9):1173 -84.