

Massagem do Seio Carotídeo na Avaliação da Síncope: Um Método Diagnóstico Inespecífico e Duvidoso

Carotid Sinus Massage in Syncope Evaluation: A Nonspecific and Dubious Diagnostic Method

José Carlos Pachón Mateos

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP - Brasil

Hospital do Coração de São Paulo (HCor), São Paulo, SP - Brasil

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Massagem do Seio Carotídeo na Avaliação da Síncope: Um Método Diagnóstico Inespecífico e Duvidoso

Neste estudo, Wu et al.¹ questionam o valor da massagem do seio carotídeo (MSC) na investigação de síncope. O estudo foi muito bem feito, com dois grupos razoavelmente equivalentes, com e sem história de síncope, submetidos ao mesmo tipo de MSC bilateral, sob rigorosa avaliação dos sintomas, do ritmo cardíaco e da pressão arterial. Os autores observaram que não houve diferença na resposta à MSC entre os grupos com e sem síncope prévia. Dessa forma, concluem que a MSC na avaliação da síncope inexplicada seria um método diagnóstico inespecífico e duvidoso. Os resultados são claros e bem estruturados.

Estamos de acordo com a conclusão dos autores diante dos achados deste estudo. As limitações aventadas são absolutamente legítimas. Não há dúvida de que a MSC é um método empírico, de resultado muitas vezes incerto e é muito importante que estudos como este sirvam para alertar quanto às limitações desta manobra. Entretanto, por que então continua sendo incluída nas diretrizes? Certamente porque é um procedimento simples, bem tolerado, de baixo custo, com baixo risco desde que respeitadas a técnica e as contra-indicações, que pode ser realizado de forma rápida durante o *tilt*-teste, podendo esclarecer o diagnóstico em até 30% dos casos de pacientes idosos com síncope de origem desconhecida.² Contudo, como todo e qualquer método de investigação, tem naturalmente importantes limitações que precisam ser consideradas com bastante critério. É fundamental lembrar que a resposta à MSC depende de vários fatores do operador e do paciente e somente tem valor quando é positiva, quando reproduz os sintomas espontâneos e quando o paciente tem clínica

compatível com síncope reflexa. Além do mais, não tem poder de exclusão.

Dessa forma, apesar das limitações, a MSC continua válida conforme as diretrizes da ESC, as quais consideram que está indicada como classe I, nível de evidência B, em pacientes com mais de 40 anos com síncope de origem desconhecida compatível com provável origem reflexa.³ A síndrome do seio carotídeo (SSC) é confirmada se a MSC causa bradicardia (assístolia) e/ou hipotensão que reproduza os sintomas espontâneos, e os pacientes com características clínicas compatíveis com mecanismo reflexo da síncope, classe I, nível de evidência B. Embora as complicações neurológicas sejam muito raras, é importante evitar a manobra em pacientes que já tiveram acidente isquêmico cerebral, que apresentam sopro carotídeo ou importante vasculopatia carotídea. A história de síncope com MSC positiva reproduzindo os sintomas confirma o diagnóstico de SSC; entretanto, a MSC positiva sem história de síncope caracteriza somente hipersensibilidade do seio carotídeo. Essa, em paciente idoso com síncope inexplicada, pode ser um dado inespecífico e deve ser considerada com cautela na avaliação do mecanismo da síncope, pois está presente em até 40% dos casos.⁴

A diretriz da ACC/AHA/HRS para avaliação e tratamento do paciente com síncope também considera a MSC necessária para o diagnóstico da SSC,⁵ que é diagnosticada pela reprodução da síncope durante a manobra se houver uma resposta cardioinibitória > 3 segundos, um bloqueio atrioventricular, uma resposta vasodepressora significativa (queda maior ou igual a 50 mmHg na pressão sistólica) ou uma associação com resposta mista.

Um dado muito importante que também temos observado em nossa prática clínica e que foi comprovado pelos autores é que a resposta vasodepressora medida de forma absoluta pela queda da pressão sistólica para ≤ 85 mmHg parece mais específica do que a queda relativa de 50 mmHg tradicionalmente considerada por diversos estudos.

Dessa forma, consideramos que o presente estudo tem grande valor no sentido de chamar a atenção do especialista quanto às limitações da MSC.

Palavras-chave

Síncope/etiologia; Síncope/fisiopatologia; Seio carotídeo / fisiologia; Arritmias Cardíacas/complicações.

Correspondência: José Carlos Pachón M •

Rua Juquis, 204/4. CEP 04081-010, Indianópolis, São Paulo, SP - Brasil

E-mail: pachon@usp.br

DOI: 10.5935/abc.20180134

Referências

1. Wu TC, Hachul DT, Darrieux FC, Scanavacca MI. Carotid sinus massage in syncope evaluation: a nonspecific and dubious diagnostic method. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(1):84-91.
2. Paling D, Vilches-Moraga A, Akram Q, Atkinson O, Staniland J, Paredes-Galán E. Carotid sinus syndrome is common in very elderly patients undergoing tilt table testing and carotid sinus massage because of syncope or unexplained falls. *Aging Clin Exp Res.* 2011;23(4):304-8.
3. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J.* 2018;39(21):1883-948.
4. Kerr SR, Pearce MS, Brayne C, Davis RJ, Kenny RA. Carotid sinus hypersensitivity in asymptomatic older persons: implications for diagnosis of syncope and falls. *Arch Intern Med.* 2006;166(5):515-20.
5. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, 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. *Circulation.* 2017;136(5):e60-122. Erratum in: *Circulation.* 2017;136(16):e271-2.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons