

Parada sinusal - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

A parada sinusal confunde-se com o bloqueio SA de terceiro grau. Define-se como uma arritmia automática do Nó SA onde o estímulo não se origina dando lugar a uma pausa na atividade sinusal superior a 1,5 vezes o ciclo PP básico. Quando superior a 2,0 segundos começa a ter importância clínica.

A disfunção permanente evolutiva do nódulo sinusal - doença do nó sinusal - síndrome do nó sinusal doente (do inglês "Sick Sinus Syndrome (SSS) - síndrome bradicardia-taquicardia é uma entidade eletrocardiográfico-clínica com elevado grau de heterogeneidade quanto ao seus mecanismos patofisiológicos e tipo de população atingida.

Fora descrita pela primeira vez no início do século passado (*Mackenzie, J. BMJ2:1411, 1902*) e mais tarde por *Laslett, E. E. (Q. J. Med. 2:347, 1909)*.

Está caracterizada por alteração estrutural variável principalmente do nódulo SA, união sino-atrial, átrios, nódulo A-V e de outras estruturas, traduzidas clinicamente por bradicardia sinusal inexplicável, persistente e grave (não secundária a fármacos (*)) e inapropriada para as circunstâncias) parada sinusal, e/ou diversos graus de bloqueio sino-atrial, (com cessação do ritmo sinusal por intervalos prolongados) bloqueios A-V, freqüente alternância com taquiarritmias regulares ou irregulares recorrentes ou alternantes: síndrome bradi-taquicardia alternante (*Short, D. S.; Br. Heart J. 16:280, 1954*) e/ou hipersensibilidade do seio carotídeo associados a episódios clínicos cardio-neurológicos: tonturas recorrentes, pré-síncope, síncope, * vertigens, perda momentânea da visão, visão turva, bradipsiquia, confusão mental, sensação de aceleração cardíaca, fadiga, dispnéia e maior propensão a embolias (*Wu, D. L. e col.; J. Am. Coll. Cardiol. 19: 355, 1992*).

(*): Considera-se como causas extrínsecas da síndrome o efeito tóxico de drogas antiarrítmicas e digital.

A Síncope (do grego "Sygkopé" ou syncoptein: pausa, desmaio rápido) encontra-se presente em 25% a 70% dos casos de SSS. É um sintoma e também uma síndrome caracterizada por *perda abrupta, completa e transitória ou momentânea da consciência e do tônus postural com recuperação espontânea, sem seqüelas neurológicas*

As arritmias mais freqüentemente encontradas na SSS são:

1) Bradicardia sinusal persistente e severa: presente em 76% dos casos. A FC média costuma oscilar-nos 40bpm (entre 25 e 55bpm). Trata-se do sinal mais precoce e freqüente.

2) Episódios de parada sinusais longas (de 2000 a 3000ms.) ou curtas fora dos horários de sono. Em pessoas normais, particularmente atletas podemos verificar paradas longas sem significado patológico.

3) Diversos graus de bloqueios sino-atriais não relacionados ao uso de drogas, sendo o mais freqüente o 2:1 fixo caracterizada no ECG por bradicardia de 40bpm que subitamente duplica-se.

4) Distúrbios de condução intra-auricular: caracterizados por alargamento, baixa voltagem e mudanças na morfologia da onda P, traduzindo o comprometimento do músculo banal atrial e existência de varias vias de condução dentro dos átrios.

5) Extra-sístoles atriais.

6) Fibrilação atrial crônica com baixa taxa de resposta ventricular não causada por digital ou outras drogas: menor que 60 bpm e fibrilação atrial com caráter recorrente.

7) Bradicardia alternando com taquiarritmias: síndrome taqui-bradicardia (*Kaplan, B. M. e col.; Am. J. Cardiol.31:497, 1973*): observado em 54 a 76% das instâncias. As taquiarritmias mais freqüentes são:

a) taquicardia atrial ectópica: 40%.

b) fibrilação e flutter atrial: 34%.

c) taquicardia atrial múltipla: 12%.

d) taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular: 10%.

8) Escapes e ritmos juncionais

9) Bloqueios A-V de diversos graus (8,4%)

10) Bloqueios de ramo

11) Bloqueios divisionais.

A conduta

A) Primeiro em forma não invasiva com

1) Eletrocardiograma convencional seqüencial e freqüente.

2) Eletrocardiografia dinâmica de 24h ou monitorização de Holter

3) Registradores de eventos "loop event recorder"

4) Monitores implantáveis com memória digital extensa ("implantable loop recorders" (ILRs);

5) Eletrocardiograma de alta resolução da onda P

6) Estudo da resposta cronotrópica com o uso de fármacos

7) Dosagem de anticorpos contra o nóculo sinusal.

São eventualmente dispensáveis os pontos 3,4, e 6 e 7.

B) Invasivos:

Não cruento:

1) Átrio-cardio-estimulação transesofágica, cardioestimulação transesofágica (Cete) ou estudo eletrofisiológico transesofágico: - estudo do tempo de recuperação do nó sinusal corrigido.

Cruento:

2) Estudo eletrofisiológico invasivo.

- medida do tempo de condução sino-auricular.