

SÍNDROME DE STOKES-ADAMS

MARTINS, Rayssa Blenda; DE LIMA, Isabelle Maria Queiroz;
DE VASCONCELOS, Felipe Stanislaw Kabichenko;
MACHADO, Rebeca Cirilo Rocha; LIMA, Cecília Alves;
FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira; GONÇALVES, Aline Belle Moraes.

Orientador: Dr. Helmgton José Brito de Souza

Filiação: Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM)

Liga: LICARDIO – Liga de Cardiologia da Uniceplac

Palavras-chave: Miocárdio; Síncope; Arritmia Cardíaca.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Stokes-Adams (também conhecida como Síndrome de Adams-Stokes ou ainda Síndrome de Morgani-Adams-Stokes) é uma síncope causada por arritmias cardíacas, decorrente de um bloqueio atrioventricular completo (BAVT), com assistolia durante as crises, podendo ter como mecanismo responsável tanto as taquiarritmias supraventriculares, quanto as ventriculares. As consequências desse bloqueio consistem em provocar bradicardia e, por seguinte, a queda do débito cardíaco, que por sua vez, quando chega a valores muito baixos, o paciente tende a apresentar uma perda temporária e súbita de consciência, classificando a síncope. Em alguns casos, esses desmaios são passageiros, já em outros, repetitivos e persistentes.

Basicamente, a fisiologia do ciclo cardíaco começa a partir de um potencial de ação espontâneo, que é iniciado no nodo sinusal do átrio direito. O sangue então passa para os ventrículos, disseminando-se ao longo do feixe de His, estimulando a contratilidade dos ventrículos e expulsando o sangue para fora do coração, seja para o pulmão, como para o cérebro, músculos e outros órgãos. No bloqueio atrioventricular, os impulsos elétricos não progridem, portanto, ficam bloqueados no nó atrioventricular. A contratilidade, por sua vez, não é efetuada com sucesso, fato esse que afeta os batimentos cardíacos e o fluxo sanguíneo para o cérebro, sendo o último o responsável pelos desmaios e convulsões, visto que há ausência de oxigênio no cérebro.

Essa condição é geralmente associada com doença arterial coronariana e, portanto, tende a ocorrer em pessoas idosas, embora também tenham sido relatados ataques em jovens. Pode haver uma tendência familiar para a Síndrome de Stokes-Adams. As causas que cursam com os ataques de Stokes Adams estão relacionadas principalmente ao bloqueio atrioventricular paroxístico ou crônico (50-60%), bloqueio sinoatrial (30-40%) ou taquicardia ou fibrilação paroxístico (0-5%). O ECG raramente é normal nesses pacientes. Portanto, a Síndrome de Stoke-Adams tem como etiologia distúrbios do ritmo cardíaco e requer uma enorme atenção.

2. QUADRO CLÍNICO

Os sintomas da Síndrome de Adams-Stokes variam, mas podem incluir desmaio repentino em que o episódio de perda de consciência ocorre de forma súbita, sem aviso prévio, inclusive durante o sono e normalmente os períodos normais de inconsciência duram de vinte a trinta segundos. A palidez pode ficar evidente durante a síncope ou mesmo antes do episódio de perda de consciência, essa condição é devido à diminuição do fluxo sanguíneo e logo após a recuperação, pode ocorrer um rubor facial.^{[1],[2],[4]}

Principalmente antes da síncope é comum sentir fadiga podendo estar associada à tontura. A respiração pode tornar-se irregular ou ausente durante a perda da consciência. Alguns pacientes também podem apresentar espasmos musculares durante o episódio de desmaio. Em alguns casos, podem ocorrer convulsões breves após o desmaio. Elas ocorrem por causa da hipóxia cerebral, após quinze a vinte segundos da perda da consciência. A hipóxia cerebral está incluída nas causas de sintomas metabólicos de crises sintomáticas agudas, que têm uma clara relação temporal com um determinado transtorno sistêmico ou cerebral. Após reganhar a consciência, a pessoa pode se sentir confusa e desorientada.^{[1],[4]} A recuperação é bastante rápida, embora o paciente possa estar confuso por algum tempo depois do ataque. Na Síndrome de Adams-Stokes, um exame físico pode revelar achados como lentidão do pulso, pois durante o episódio, o pulso tende a ficar lento, geralmente com menos de 40 batimentos por minuto. Essa bradicardia é um achado característico da Síndrome de Adams-Stokes.

A respiração pode se tornar ruidosa durante o ataque, a respiração muitas vezes é estertorosa, ou seja, ruidosa e irregular. Pode seguir um padrão conhecido como Cheyne-Stokes, caracterizado por ciclos de respiração crescente e decrescente. Além de achados cardíacos como arritmias cardíacas graves. O exame cardíaco pode revelar anormalidades como bradicardia, bloqueio cardíaco completo ou bloqueio atrioventricular de alto grau.

3. DIAGNÓSTICO

3.1 Semiologia

Na anamnese do paciente, o profissional de saúde deverá se atentar para os seguintes quadros:

- Desmaios súbitos periódicos, podendo ser acompanhada de convulsões devido restrição de oxigênio no cérebro ou abalos musculares que lembram movimentos convulsivos;
- Palidez antes da perda de consciência, sem aura;
- Pulso lento ou ausente durante os desmaios;
- Respiração irregular;
- Sudorese excessiva durante ou após os episódios de síncope;
- Recuperação rápida de consciência após episódio sincopal com ruborização da

- face, podendo ocorrer várias vezes ao dia;
- Sensação de fraqueza e fadiga logo após a perda de consciência.

Na realização do exame físico, o exame cardiovascular deve ser feito minuciosamente, dando-se ênfase nos pulsos (ritmicidade, simetria e amplitude), na frequência e ritmo respiratório, na frequência cardíaca e na pressão arterial. A ausculta cardíaca é importante para detectar possíveis arritmias e diagnósticos diferenciais.

3.2 Exames Laboratoriais

Em geral, os exames laboratoriais não são usados como teste diagnóstico primário para a doença de Adams-Stokes. Contudo, podem ser solicitados para avaliar a função geral do coração e excluir outras causas subjacentes de sintomas semelhantes^{[2],[10]}. Dentre esses exames, pode-se ressaltar:

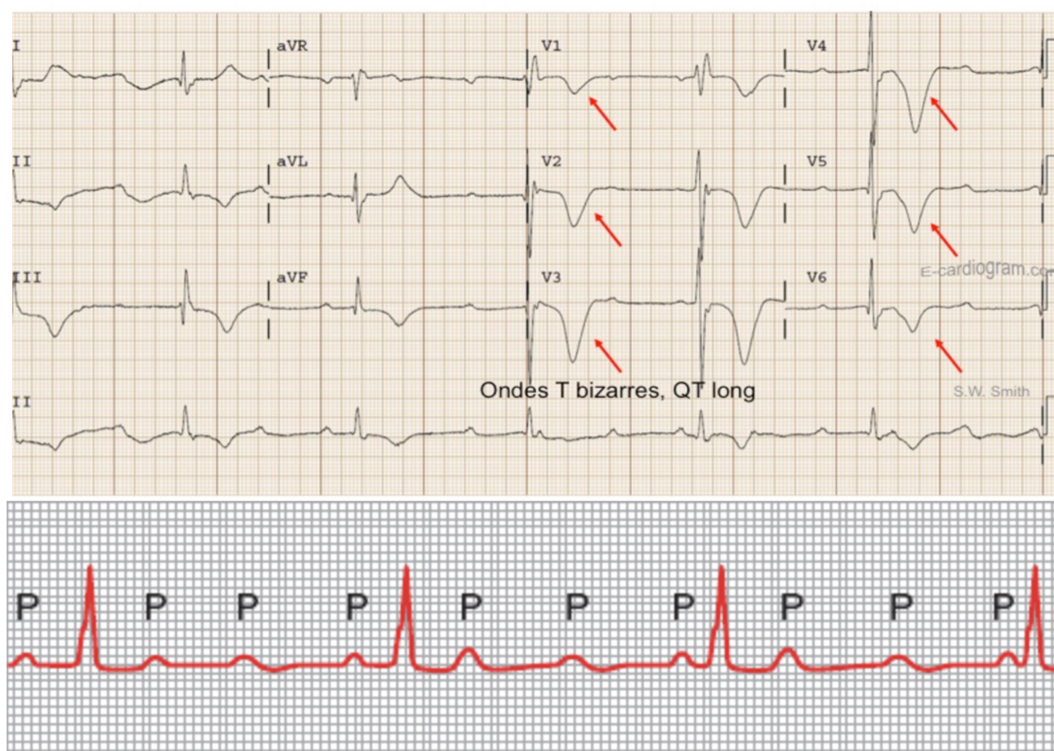
- Hemograma completo (CBC), pode auxiliar na identificação de anemia ou infecções que possam estar desencadeando os sintomas;
- Eletrólitos séricos, para verificar se há algum desequilíbrio eletrolítico que possa estar comprometendo a função cardíaca por meio da análise dos níveis dos eletrólitos no sangue, como potássio, cálcio, sódio e magnésio;
- Marcadores cardíacos, exames como troponina e peptídeo natriurético tipo B podem ser solicitados para descartar eventuais lesões cardíacas ou insuficiência cardíaca;
- Função renal e hepática, por meio de exames como ureia, creatinina, transaminase glutâmico-oxalacética e transaminase glutâmico-pirúvica, tendo em vista que disfunções nesses órgãos podem comprometer o sistema cardiovascular.

3.3 Exames de Imagem

O Eletrocardiograma é um exame comumente solicitado para ratificar o diagnóstico de Síndrome de Adam Stokes. A principal alteração no eletrocardiograma ocorre devido ao Bloqueio Atrioventricular Completo (BAV completo), em que os complexos QRS, representantes da despolarização ventricular, estão completamente dissociados das ondas P, representantes da despolarização atrial. Nessa situação, os ventrículos estabelecem espontaneamente seu próprio sinal, geralmente originado no nó atrioventricular ou feixe de His distal ao bloqueio.

Além disso, é comum encontrar bradicardia extrema e até mesmo assistolia durante a síncope. Outro achado aparece nas ondas T que podem ser transitariamente invertidas, muito profundas e estranhas com um intervalo Q-T longo.^{[4],[5]}

Figura 35.1 Imagem de bloqueio atrioventricular completo.



Fonte: [9]

É importante ressaltar que durante o exame, o eletrocardiograma pode se ausentar de anormalidades, visto que a duração do bloqueio pode ser de alguns segundos, minutos, horas ou mesmo semanas até que impulsos dos átrios para os ventrículos sejam normalmente conduzidos novamente.

Outro exame solicitado para confirmar diagnóstico de Síndrome de Adam Stokes é o Holter 24 horas, a fim de registrar a atividade elétrica do coração durante um período de tempo maior, aumentando, assim, as chances de captura de episódios de bloqueios atrioventriculares completos. Outros exames como ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca podem ser solicitados para análise da funcionalidade cardíaca.

3.4 Diagnóstico Diferencial

Quadros clínicos com possíveis episódios de síncope que podem ser confundidos com a Síndrome de Adam-Stokes^[6]:

- Síndrome do vaso vago;
- Epilepsia;
- Hipersensibilidade do seio carotídeo;
- Hipotensão ortostática;
- Arritmias cardíacas;
- Hipovolemia;

- Hipoglicemia;

4. TRATAMENTO

O tratamento definitivo da síndrome do bloqueio cardíaco varia de acordo com a gravidade e os sintomas do paciente. Embora a abordagem cirúrgica, como a colocação de um marca-passo cardíaco, seja comumente utilizada, existem também opções medicamentosas disponíveis. Em alguns casos de síndrome de baixo débito com pressões de enchimento elevadas, pode ser indicado o uso de medicamentos como isoproterenol. Essa droga pode ajudar a aumentar o débito cardíaco. Em situações mais graves, a administração de adrenalina pode ser necessária.

No entanto, é importante notar que alguns medicamentos podem aumentar a taxa metabólica do miocárdio, o que pode aumentar o risco de ataques anginosos. Quando os ataques anginosos são recorrentes ou não podem ser controlados por medidas farmacológicas, é necessário considerar a colocação de um marca-passo externo. Isso requer uma rigorosa observação para prevenir uma possível parada ventricular. Para pacientes que experimentam síncope, é importante verificar a presença de pulso central. Se não houver pulso, a realização de RCP (ressuscitação cardiopulmonar) com a administração de atropina pode ser necessária para tratar a bradicardia pós-ressuscitação ou pode ser necessário o uso de um marcapasso transtorácico.

Em casos de insuficiência cardíaca associada ao bloqueio completo, pode ser necessário o uso de digoxina, um medicamento do grupo dos digitálicos. No entanto, a digoxina deve ser utilizada em conjunto com um marca-passo artificial elétrico. Quando o bloqueio é parcial, o uso de digitálicos pode melhorar ou piorar o quadro clínico. Portanto, o uso desse medicamento deve ser interrompido, a menos que a insuficiência cardíaca não possa ser controlada por outras medidas.

Em casos de bloqueio de alto grau, os medicamentos como quinidina, procainamida ou bloqueadores beta-adrenérgicos não devem ser utilizados, a menos que o ritmo cardíaco seja controlado por um marca-passo artificial. Esses medicamentos podem ser úteis para pacientes com bloqueio cardíaco completo que apresentam contrações ventriculares prematuras frequentes durante a indução do ritmo ventricular. Quando os episódios de síncope persistem apesar do tratamento medicamentoso, a implantação de um marca-passo interno pode ser necessária. Esse procedimento apresenta baixo risco cirúrgico e alta taxa de sucesso clínico^{[7],[8]}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WEISS, S. Adams-stokes syndrome with transient complete heart block of vagovagal reflex origin: Mechanism and treatment. *Archives of internal medicine (Chicago, Ill.: 1908)*, 54(6), 931. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/archinte.1934.00160180105008>>;
2. JOHANSSON, B. W. (1961). Adams-Stokes syndrome. *The American Journal of Cardiology*, 8(1), 76-93. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(61\)90181-3](https://doi.org/10.1016/0002-9149(61)90181-3);

3. PINEDA, R.; JIMÉNEZ, A.; GÓMEZ, K. *Et al.* Status epiléptico convulsivo de novo como primera manifestación de síndrome del Stokes-Adams. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud (RHCS)*, 2(3), 271–275, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5822218>>
4. CHI-FANG YOU; CHEE-FAH CH; TZONG-LUEN W; *et al.* Unrecognized paroxysmal ventricular standstill masquerading as epilepsy: a Stokes-Adams attack. *Rev Epileptic Disord.* 9 (2): 179-81. 2007;
5. CRAIG, H. Emergency Differentiation of Vasovagal Syncope from Stokes-Adams Attack. *Rev The Amer Jour of Cardio* 54: 1155-1157. 1984;
6. SIGURD, B.; SANDOE, E. Management of Stokes-Adams syndrome. *Cardiology* Volume: 77 Issue: 3 Page: 195–208. 1990. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2272057/#:~:text=Pacemaker%20implantation%20should%20be%20performed>>;
7. BRAUNWALD, E. *Tratado de Doenças Cardiovasculares.* Guanabara Koogan. 10º ed. Rio de Janeiro, 2020;
8. O'ROUKE, R. The Stokes-Adams Syndrome. *California Medicine: The western journal of medicine*, 1972.
9. HALL, John E. *Guyton & Hall Tratado de Fisiologia Médica.* Editora: GEN Guanabara Koogan; 13ª edição 19 janeiro 2017.