



SÍNCOPE SITUACIONAL ASSOCIADA A TOSSE: RELATO DE CASO

Situational cough-related syncope: case report

Síncope situacional relacionado con la tos: reporte de caso

Relato de caso

DOI: [10.5281/zenodo.13370142](https://doi.org/10.5281/zenodo.13370142)

Recebido: 18/08/2024 | Aceito: 20/08/2024 | Publicado: 24/08/2024

Sarah dos Santos Teixeira de Lima
Graduanda em medicina
Universidade Nove de Julho, Bauru, Brasil
sarahstlima4@gmail.com

Mariana Ramos da Silva Hirashima
Graduanda em medicina
Universidade Nove de Julho, Bauru, Brasil
marianaramos@uni9.edu.br

Amanda Tollini de Moraes
Graduanda em Medicina
Faculdade de Medicina de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil
amandatollini@usp.br

Carla Luiza Rocha Tonon
Graduanda em Medicina
Universidade Nove de Julho, Bauru, Brasil
carlatonon@uni9.edu.br

Eduarda Galvão Caretta
Graduanda em Medicina
Universidade Nove de Julho, Bauru, Brasil
eduardacaretta@gmail.com

Carolina Marques Kellner
Graduanda em Medicina
Universidade Nove de Julho, Bauru, Brasil
carool_kellner@hotmail.com

Gabriel Batista de Souza Lima
Graduando em Medicina
Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), Botucatu, Brasil
gabriel.bs.lima@unesp.br



José Munhoz Netto
Graduando em Medicina
Universidade Nove de Julho, Bauru, Brasil
nettomunhoz@hotmail.com

Mariane Magalhães Pedrotti
Graduanda em medicina
Universidade de Marília (UNIMAR), Marília, Brasil
marianepedrotti@gmail.com

Cauê Toledo Oliveira
Graduando em medicina
Universidade de Marília (UNIMAR), Marília, Brasil
cauetol@gmail.com

Júlia Nardo Picinin
Graduanda em medicina
Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Bauru, Brasil
julianardopicinin@gmail.com

Maria Letícia Basile Piedade Copola
Graduanda em medicina
Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Bauru, Brasil
piedademarialeticia@gmail.com

Gabriela Nascimento Primo
Graduanda em medicina
Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Osasco, Brasil
nascimentogabriela04@gmail.com

Maria Julia Horikawa
Graduanda em medicina
Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Bauru, Brasil
mariajuliahorikawa@hotmail.com

Gustavo dos Santos Silva
Graduando em medicina
Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Bauru, Brasil
gustavoss345@gmail.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), and a [LOCKSS](https://www.lockss.org/) (Lots of Copies Keep Stuff Safe) sistem.



RESUMO

Introdução: A Síncope é definida como a perda transitória da consciência decorrente de hipoperfusão cerebral, caracterizada por perda de reação e de tônus postural, de início rápido, curta duração e recuperação espontânea completa, ou seja, não necessita de intervenções de ressuscitação específicas. Apresenta muitas características clínicas em comum com outros distúrbios, como é o caso da epilepsia, distúrbios metabólicos (incluindo a hipóxia e hipoglicemia), intoxicação e ataque isquêmico transitório, portanto, apresenta-se em muitos diagnósticos diferenciais. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente diagnosticado com síncope reflexa por tosse, cujos eventos reflexos sincopais, além das comorbidades presentes, eram precipitados pela ocorrência de tosse produtiva, seguida de desmaio com perda da consciência e movimentos involuntários, com retorno espontâneo, sem a necessidade de intervenções. **Métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Resultados:** O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão do diagnóstico e terapêutica de uma doença complexa que é a síncope reflexa evidenciam que, embora associada a baixa mortalidade, essa doença apresenta alta incidência na população geral, constituindo uma das principais causas de urgência nos atendimentos médicos, causando prejuízo na qualidade de vida dos indivíduos devido às altas taxas de recorrência e complicações, como traumas, principalmente quedas em idosos, com repercussão na funcionalidade dos mesmos. **Conclusão:** A síncope reflexa pode ter diversas etiologias, porém em populações específicas como os pacientes em hemodiálise, gatilhos como o reflexo de tosse, associado a múltiplas comorbidades e fatores inerentes ao procedimento, podem levar a sua ocorrência, sendo sua detecção importante na redução de mortalidade, morbidade e recorrência de eventos. Quando possível, o tratamento deve ser focado na correção da causa subjacente, podendo variar desde medidas conservadoras, como por exemplo o controle pressórico, glicêmico, controle da ultrafiltração, avaliação de medicamentos associados, até a necessidade de implantação de um marca-passo cardíaco definitivo.

Palavras-chave: Síncope; Tosse; Vasovagal; Hemodiálise

ABSTRACT

Introduction: Syncope is defined as the transient loss of consciousness resulting from cerebral hypoperfusion, characterized by loss of reaction and postural tone, with rapid onset, short duration and complete spontaneous recovery, that is, it does not require specific resuscitation interventions. It presents many clinical characteristics in common with other disorders, such as epilepsy, metabolic disorders (including hypoxia and hypoglycemia), intoxication and transient ischemic attack, therefore, it presents itself in many differential diagnoses. **Objective:** To report the case of a patient diagnosed with cough reflex syncope, whose syncopal reflex events, in addition to the present comorbidities, were precipitated by the occurrence of a productive cough, followed by fainting with loss of consciousness and involuntary movements, with spontaneous return, without the need for interventions. **Methods:** Information was obtained through medical record review, interview with the patient, photographic record of the diagnostic methods to which the patient was subjected and literature review. **Results:** The reported case and published publications bring to light the discussion of the diagnosis and therapy of a complex disease that is reflex syncope, showing that, although associated with low mortality, this disease has a high



incidence in the general population, constituting one of the main causes of urgency in medical care, causing harm to the quality of life of individuals due to high rates of recurrence and complications, such as trauma, especially falls in the elderly, with repercussions on their functionality. Conclusion: Reflex syncope can have different etiologies, however in specific populations such as hemodialysis patients, triggers such as the cough reflex, associated with multiple comorbidities and factors inherent to the procedure, can lead to its occurrence, and its detection is important in reducing mortality, morbidity and recurrence of events. When possible, treatment should be focused on correcting the underlying cause, which may range from conservative measures, such as blood pressure control, glycemic control, ultrafiltration control, evaluation of associated medications, to the need for implantation of a permanent cardiac pacemaker.

Keywords: Syncope; Cough; vasovagal; hemodialysis

RESUMEN

Introducción: El síncope se define como la pérdida transitoria de conciencia resultante de una hipoperfusión cerebral, caracterizada por pérdida de reacción y tono postural, de inicio rápido, corta duración y recuperación espontánea completa, es decir, que no requiere intervenciones de reanimación específicas. Presenta muchas características clínicas en común con otros trastornos, como la epilepsia, los trastornos metabólicos (incluidas la hipoxia y la hipoglucemia), la intoxicación y el ataque isquémico transitorio, por lo que se presenta en muchos diagnósticos diferenciales. Objetivo: Reportar el caso de un paciente diagnosticado con síncope reflejo de la tos, cuyos eventos reflejos sincopales, además de las comorbilidades presentes, fueron precipitados por la aparición de tos productiva, seguida de desmayo con pérdida de conciencia y movimientos involuntarios, con retorno espontáneo, sin necesidad de intervenciones. Métodos: La información se obtuvo mediante revisión de la historia clínica, entrevista al paciente, registro fotográfico de los métodos diagnósticos a los que fue sometido el paciente y revisión de la literatura. Resultados: El caso reportado y las publicaciones publicadas sacan a la luz la discusión sobre el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad compleja que es el síncope reflejo, demostrando que, aunque asociada a una baja mortalidad, esta enfermedad tiene una alta incidencia en la población general, constituyendo una de las principales causas de urgencia en la atención médica, ocasionando perjuicios a la calidad de vida de las personas por altos índices de recurrencia y complicaciones, como traumatismos, especialmente caídas en ancianos, con repercusiones en su funcionalidad. Conclusión: El síncope reflejo puede tener diferentes etiologías, sin embargo en poblaciones específicas como los pacientes en hemodiálisis, desencadenantes como el reflejo de la tos, asociado a múltiples comorbilidades y factores inherentes al procedimiento, pueden llevar a su aparición y su detección son importantes para reducir la mortalidad, la morbilidad y la recurrencia de eventos. Cuando sea posible, el tratamiento debe centrarse en corregir la causa subyacente, que puede ir desde medidas conservadoras, como control de la presión arterial, control de la glucemia, control de la ultrafiltración, evaluación de los medicamentos asociados, hasta la necesidad de implantación de un marcapasos cardíaco permanente.

Palabras clave: Síncope; Tos; vasovagal; hemodiálisis



INTRODUÇÃO

Síncope é definida como a perda transitória da consciência decorrente de hipoperfusão cerebral, caracterizada por perda de reação e de tônus postural, de início rápido, curta duração e recuperação espontânea completa, ou seja, não necessita de intervenções de ressuscitação específicas (BRIGNOLE et al, 2018; ROCHA et al, 2019). Apresenta muitas características clínicas em comum com outros distúrbios, como é o caso da epilepsia, distúrbios metabólicos (incluindo a hipóxia e hipoglicemia), intoxicação e AIT, portanto, apresenta-se em muitos diagnósticos diferenciais (BRIGNOLE et al, 2018; ROCHA et al, 2019).

Sua fisiopatologia está centrada na queda da pressão arterial sistêmica (PA), com consequente diminuição do fluxo sanguíneo cerebral global como característica definidora da síncope (4. A PA sistêmica é o produto do débito cardíaco e da resistência periférica total, sendo que uma queda em qualquer um deles pode causar síncope. Uma PA sistólica de 50–60 mmHg ao nível do coração, ou seja, 30–45 mmHg ao nível do cérebro na posição ortostática por apenas 6 a 8 segundos, é suficiente para causar uma interrupção repentina do fluxo sanguíneo cerebral podendo levar a ocorrência de síncope com perda transitória da consciência (ROCHA et al, 2019; PIOTROWSKI et al, 2023).

Existem três principais causas que levam a diminuição da resistência vascular periférica total. A primeira é a diminuição da atividade reflexa, levando à vasodilatação periférica devido à ausência da vasoconstrição simpática. A segunda causa é devido a um comprometimento funcional e a terceira devido a um mau funcionamento do sistema nervoso autônomo, seja por causa primária ou secundária induzida por drogas. Na insuficiência autonômica, há vasoconstrição insuficiente em resposta à posição ortostática (PIOTROWSKI et al, 2023).

Quanto ao débito cardíaco, existem quatro causas. A primeira é uma bradicardia reflexa, conhecida como síncope reflexa cardioinibitória. A segunda diz respeito às causas cardiovasculares: arritmia, doenças estruturais, incluindo embolia pulmonar, e hipertensão pulmonar (PIOTROWSKI et al, 2023; PORTUGAL, 2023). O terceiro é o retorno venoso inadequado devido à depleção de volume ou acúmulo venoso. Por fim, a incompetência cronotrópica e inotrópica por insuficiência autonômica pode prejudicar o débito cardíaco, podendo desencadear um reflexo inadequado na síncope reflexa ortostática (ROCHA et al, 2019; PIOTROWSKI et al, 2023; PORTUGAL, 2023).

Contudo, na síncope, ambos os mecanismos relatados acima frequentemente agem juntos



em graus variados. A baixa resistência vascular periférica total pode causar acumulação venosa de sangue abaixo do diafragma, diminuindo por sua vez o retorno venoso e, conseqüentemente, o débito cardíaco, ocasionando hipofluxo cerebral e a ocorrência da síndrome sincopal (ROCHA et al, 2019; PIOTROWSKI et al, 2023; PORTUGAL, 2023).

Quanto à epidemiologia, os estudos observaram que a incidência da síncope ao longo da vida é cerca de duas vezes mais elevada em mulheres que nos homens (BRIGNOLE et al, 2018; MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024). Nos jovens, quase todos os casos de perda transitória de consciência são devidos à síncope reflexa. Nos idosos, causas cardíacas, hipotensão ortostática e pós-prandial e efeitos de medicamentos são comuns, enquanto a síncope vasovagal típica é menos frequente (BRIGNOLE et al, 2018; MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

No entanto, a síncope reflexa continua sendo a causa mais comum de síncope, com padrão de incidência na população geral e na clínica geral bimodal, com picos em adolescentes e idosos, representando 21% de todos os tipos de eventos sincopais, e inclui: (a) a síncope vasovagal (tipo clássico); (b) a síncope situacional; (c) síncope do seio carotídeo e (d) formas não clássicas (MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

A presença de múltiplas alterações patológicas é um fator importante que prejudica o esclarecimento da causa da síncope na população idosa. Nessa faixa etária observou-se que as doenças mais frequentes relacionadas a síncope são: insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, angina pectoris, anemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência vascular venosa e arterial de membros inferiores, diabetes mellitus e uso de drogas vasodilatadoras e diuréticos (SHEN, et al. 2017).

O tratamento da síncope no idoso, apesar de ser um desafio devido às inúmeras comorbidades inerentes ao envelhecimento, visa reduzir a mortalidade e a recorrência dos eventos. Quando possível, o tratamento deve-se focar na correção da causa subjacente, podendo variar desde simples medidas conservadoras, como por exemplo o controle da PA e da glicemia, até a necessidade de implantação de um marca-passo cardíaco definitivo (MPD) (SHEN, et al. 2017).

Sendo assim, devido a relevância do tema, o presente trabalho objetivou relatar o caso de um paciente diagnosticado com síncope reflexa, cujos eventos reflexos sincopais, além das comorbidades presentes, eram precipitados pela ocorrência de tosse produtiva, seguida de desmaio com perda da consciência e movimentos involuntários, com retorno espontâneo, sem a



necessidade de intervenções.

METODOLOGIA

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura nas bases de dados *Scielo*, *Medline* e *google* acadêmico. Foram selecionados um total de 25 artigos e após a exclusão das duplicatas, artigos não disponíveis na íntegra e que não se relacionavam diretamente com a temática, 15 artigos, em inglês e português, entre 2015 e 2024, foram escolhidos para a confecção do presente relato de caso.

RELATO DO CASO

1) Anamnese

Paciente sexo masculino, 69 anos, admitido em 15/02/2024, com quadro de tosse produtiva associada à síncope durante os eventos de tosse, com perda da consciência e movimentos involuntários. Refere quadro semelhante há, aproximadamente, 1 ano, com resolução espontânea, quando ficou internado para investigação sem detecção de fator causal na época. Há 3 semanas apresentou novamente eventos de síncope seguida de tosse, porém, com piora progressiva. Ex-tabagista, com carga tabágica de 45 anos-maço abstinente há quinze anos.

Negava o uso de álcool ou drogas ilícitas. Como comorbidades, paciente com DRC em hemodiálise desde 14/08/2018; HAS em tratamento com Carvedilol, e diabetes mellitus de difícil controle há 20 anos, em uso irregular de insulina NPH; neuropatia diabética, em tratamento com amitriptilina; Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) e DPOC (presumido ex-tabagista + crise de broncoespasmo persistente). Possuía antecedente pessoal de aneurisma de aorta abdominal e cirurgia prévia de amputação transtibial bilateral. Negava acidentes vasculares cerebrais, cardiopatias ou infarto agudo do miocárdio.

Ao exame físico, paciente estava em bom estado geral, hidratado, descorado 1+/4, acianótico, anictérico, afebril, estável hemodinamicamente, eupneico em ar ambiente. Sem novos episódios de síncope, sem crise de tosse no momento da avaliação. Paciente apresentava obesidade central importante, pesando 92 kg no momento da avaliação, com 169 cm de altura. Na avaliação dos sinais vitais, apresentava pressão arterial de 120-150 x 60-80 mmHg; frequência cardíaca mínima de 60 e máxima de 71 bpm; frequência respiratória de 18-19 irpm;



temperatura axilar máxima de 36,5°C; saturando 93% em ar ambiente; HGT 289-409-240.

Ao exame físico cardiovascular apresentava 2BR hipofonéticas, sem sopros; aparelho pulmonar com MV+ com sibilos/roncos expiratórios difusos; abdome globoso, normotenso, RH+, indolor, sem VSM ou sinais de peritonite; MMII sem edema em cotos. Fístula arteriovenosa em MSE funcionante. Feita a suspeita diagnóstica de síncope reflexa por tosse.

2) Conduta

Realizada internação do paciente para melhor investigação, o mesmo já estava em uso de antibioticoterapia com levofloxacino 500 mg, endovenoso, em dias alterados pela alteração da função renal, há 5 dias antes da internação. Solicitado holter, ECG de 12 derivações, exames laboratoriais, dosagem de enzimas cardíaca e realizado US doppler de carótidas e vertebrais.

Foram prescritas medidas para broncoespasmo, otimizado insulina e reduzido a ultrafiltração a cada sessão de hemodiálise, além da adição de uma sessão extra com objetivo de evitar hipervolemia e para menor taxa de ultrafiltração durante a hemodiálise, evitando grandes retiradas durante uma única sessão, já que se observou maior ocorrência dos eventos sincopais durante a sessão de hemodiálise.

Ademais, apesar do paciente apresentar um ECG basal com bloqueio de ramo esquerdo, não foi possível detectar no holter alterações que justificassem implante de marcapasso, porém, optou-se pela suspensão da amitriptilina que o mesmo utilizava para controle de neuropatia diabética pela interferência do fármaco com a condução cardíaca, predispondo à ocorrência de arritmias.

3) Evolução do caso

No quinto dia de internação hospitalar (IH) durante a sessão de hemodiálise, o paciente apresentou novo episódio de tosse produtiva, seguida de sinais de baixo débito, com movimento tônico involuntário e rebaixamento do nível de consciência, sem hipotensão (PA na sessão 110-148x60-90mmHg), com melhora espontânea após alguns segundos. Paciente também apresentou hematoma de fístula arteriovenosa (FAV) após evento (provavelmente devido a movimentos tônicos involuntários do membro da FAV) - realizado gelo no local.

Devido à tosse produtiva, foi solicitado novo hemograma + PCR + radiografia de tórax, mantido medidas para broncoespasmo. Em 22/02, no sétimo dia de IH, o paciente não apresentou

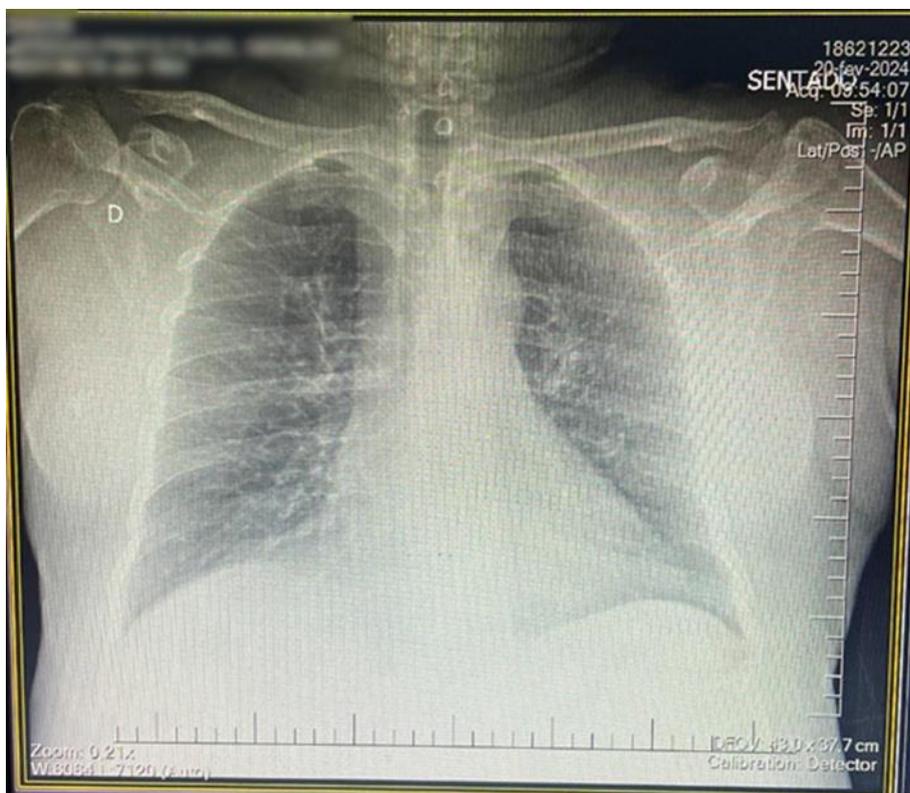


novo quadro de síncope por tosse, porém, mantendo broncoespasmo sustentado, apesar das condutas prévias tomadas. Solicitado teste de prova de função pulmonar e introduzido tratamento com alenia, mantido nebulização com ipratrópio e iniciado claritromicina 500mg ao dia, dose corrigida para DRC estadio VD, prescrito para uso por 7 dias. Solicitado novo holter, que também não apresentou pausas ou arritmias que justificassem os eventos de síncope.

Por alteração de cálcio sérico, o banho ácido da hemodiálise foi ajustado para maior concentração de cálcio. Baseando-se na evidência dos estudos que mostraram eficácia do metoprolol em pacientes > 42 anos e do resultado do holter sem contraindicações para o uso de beta-bloqueadores, optou-se pela substituição do carvedilol pelo metoprolol 25mg 12/12h.

Paciente recebeu alta hospitalar, programado término de antibiótico em casa. Ainda teve um evento de síncope em casa, após a alta hospitalar, mas evoluiu de forma favorável, resolução da tosse e sem recorrência do quadro, desde então.

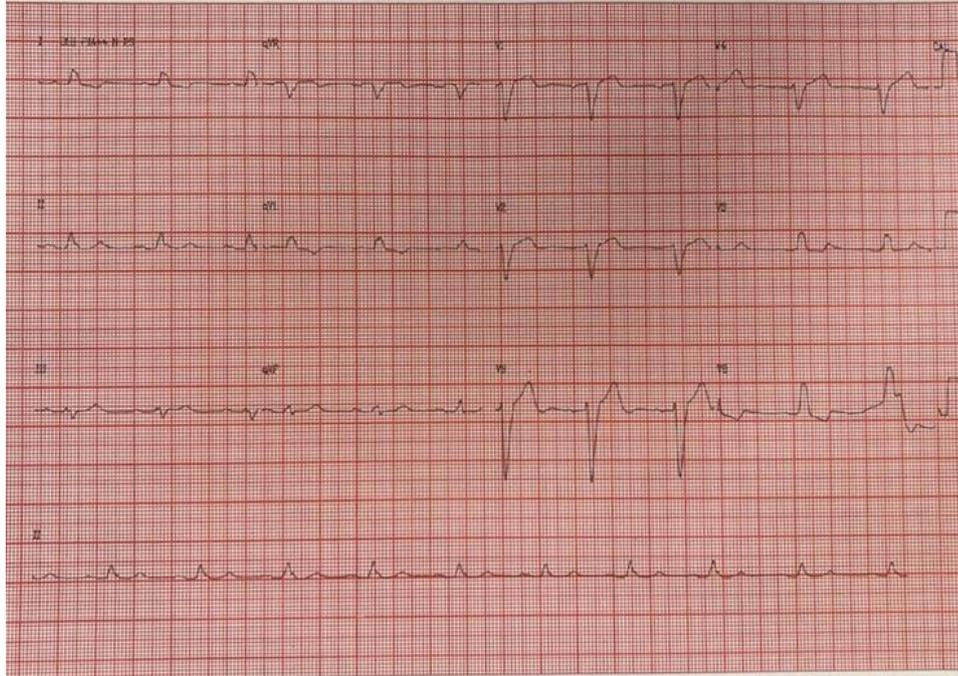
Imagem 1- Radiografia de tórax evidenciando hilos e trama vascular pulmonar aumentados e área cardíaca aumentada com predomínio do VE.



Fonte: Prontuário eletrônico do paciente



Imagem 3: ECG com bloqueio de ramo esquerdo



Fonte: Prontuário eletrônico do paciente

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síncope é uma causa comum de hospitalização e pode estar relacionada a comorbidades, procedimentos e medicações concomitantes. De acordo com um estudo observacional realizado na Dinamarca com 127.508 pacientes diagnosticados com síncope pela primeira vez, doenças cardiovasculares e terapia medicamentosa cardiovascular estavam presentes em 28 e 48% dos pacientes, respectivamente. Além disso, houve associação significativa entre doença cardiovascular e risco de internação por síncope, aumentando com a idade, com pico entre 20, 60 e 80 anos de idade (MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024; JEANMONOD et al, 2024).

O idoso, particularmente, está predisposto a sofrer síncope por diversos motivos, pois apresenta características próprias, tanto na manifestação de patologias, como na resposta a determinada terapêutica. Além disso, é um grupo etário que apresenta maior número de comorbidades e uma maior susceptibilidade para o aparecimento de certas doenças. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento acarretam inúmeras modificações a nível cardiovascular, como disautonomia reflexa e insensibilidade dos barorreceptores às alterações de



pressão, as quais, associadas a outras comorbidades, como obesidade, DM e HAS e à polifarmácia, amplificam a propensão à síncope, sendo particularmente responsáveis pelas suas múltiplas causas (MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

O paciente em questão, além de portador de diabetes mellitus e neuropatia diabética, era obeso, tinha HAS e provável doença pulmonar obstrutiva crônica (crise de broncoespasmo persistente, antecedentes de tabagismo), doença arterial obstrutiva periférica (DPOC) com amputação bilateral de membros e DRC dialítica.

O diabetes mellitus dificulta o aumento compensatório normal do fluxo sanguíneo cerebral, que ocorre em resposta à hipercapnia, além da neuropatia autonômica diabética, caracterizada pelo acometimento dos neurônios do SNC, com conseqüente perda do automatismo do sistema nervoso simpático e parassimpático.³ A hipertensão arterial também afeta a autorregulação do fluxo cerebral, resultando na hipoperfusão cerebral (JEANMONOD et al, 2024; MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

Além disso, os barorreceptores carotídeos que são reativos ao aumento ou diminuição da pressão arterial e são responsáveis por manter a perfusão cerebral, estimulando o cronotropismo e o tônus vascular, de acordo com a hipotensão e com vários hormônios, como renina, angiotensina, aldosterona e vasopressina, tornam-se menos sensíveis devido às alterações progressivas e irreversíveis que ocorrem no processo de envelhecimento, resultando no seu mau funcionamento, interferindo na capacidade de adaptação (MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

Os idosos, portanto, são mais sensíveis à vasodilatadores e menos habilidade para lidar com quedas súbitas da pressão arterial causadas por hemorragias agudas, deslocamento de volumes hídricos ou eventos comuns, como tosse, manobra de Valsalva ou mudança repentina de posição, facilitando a ocorrência da síncope (JEANMONOD et al, 2024; MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

Quanto aos exames complementares, o paciente apresentava um ECG basal evidenciando bloqueio de ramo esquerdo, holter sem alterações significativas que justificasse o implante de MP; exame de prova de função pulmonar evidenciando distúrbio ventilatório inespecífico moderado, sem resposta ao broncodilatador; US doppler de carótidas e vertebrais sem estenoses significativas e radiografia de tórax com hilos e trama vascular pulmonar aumentados e área cardíaca aumentada com predomínio do VE.



Sendo assim, além do fator da idade, o paciente relatado apresentava várias causas concomitantes que pudessem ocasionar os eventos sincopais (doença renal crônica em hemodiálise, DM, neuropatia diabética, HAS e DAOP). Somado a isso, os dados anamnese, principalmente a queixa principal de tosse produtiva seguida de desmaio, o exame físico e os exames complementares foram essenciais para fundamentar o raciocínio clínico do caso em questão.

A obesidade central importante apresentada pelo paciente também pode se associar à ocorrência da síncope. Em indivíduos obesos, a dinâmica ventilatória, o retorno venoso, ficam prejudicados, pois o excesso de adiposidade que reveste o tórax e ocupa o abdômen restringe o tórax, dificultando a ação da musculatura respiratória durante a respiração. Esse fato, somado à tosse produtiva poderia estar contribuindo para o aumento da pressão intratorácica, o que estaria prejudicando o retorno venoso e diminuindo o débito cardíaco, consequentemente, hipoperfundindo o cérebro momentaneamente, justificando a ocorrência de síncope reflexa por tosse (MIZRACHI; SITAMMAGARI, 2024).

Ademais, observou-se que durante a internação os episódios de síncope ocorriam durante as sessões de hemodiálise, sendo a retirada de grandes volumes outro fator precipitante da síncope, por redução do volume intravascular e hipofluxo cerebral.

Após o tratamento do quadro respiratório, correções de possíveis fatores associados ao quadro de síncope e passíveis de conduta, troca de medicamentos e exclusão de causas como arritmias e obstrução de carótidas, o paciente recuperou-se de forma adequada e não teve mais recorrência do quadro. Entretanto, foi encaminhado para acompanhamento no ambulatório de cardiologia, mantendo a vigilância dos sintomas.

CONCLUSÃO

Embora associada a baixa mortalidade, a síncope reflexa pode precipitar eventos mais graves, necessitando de investigação e intervenção rápidas. Apresenta alta taxa de incidência e morbidade na população geral, constituindo uma das principais causas de urgência nos atendimentos médicos.

A síncope reflexa pode ter diversas etiologias, porém em populações específicas como os pacientes em hemodiálise, gatilhos como o reflexo de tosse, associado a múltiplas comorbidades e fatores inerentes ao procedimento, podem levar a sua ocorrência, sendo sua detecção importante



na redução de mortalidade, morbidade e recorrência de eventos. Quando possível, o tratamento deve ser focado na correção da causa subjacente, podendo variar desde medidas conservadoras, como por exemplo o controle pressórico, glicêmico, controle da ultrafiltração, avaliação de medicamentos associados, até a necessidade de implantação de um marca-passo cardíaco definitivo.

REFERÊNCIAS

BRIGNOLE, M. et al. 2018 ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. **Eur Heart J.**, v. 39, n. 21, p. 1883-1948, jun., 2018.

Jeanmonod R, Sahni D, Silberman M. Vasovagal Episode. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

Mizrachi EM, Sitammagari KK. Cardiac Syncope. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

PIOTROWSKI, et al. Cardioneuroablation for Reflex Syncope: Efficacy and Effects on Autonomic Cardiac Regulation-A Prospective Randomized Trial. **JACC Clin Electrophysiol**, v. 9, n.1, p. 85-95, jan., 2023.

PORTUGAL, G. Síncope reflexa: reflexões sobre a fisiologia. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 42, n. 9, p. 811-812, sep., 2023.

ROCHA, B. M L. et al. Diagnostic and therapeutic approach to cardioinhibitory reflex syncope: A complex and controversial issue. **Rev Port Cardiol (Engl Ed)**, v. 38, n. 9, p. 661-673, sep. 2019.

SHEN, W. K. 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.**, v. 70, n. 5, p. e39-e110, aug., 2017.

SUTTON, R.; DIJK, N. V.; WIELING, W. Clinical history in management of suspected syncope: A powerful diagnostic tool. **Cardiology Journal**, v. 21, N, 6, p. 651–657, 2014.