

# III SEMANA DO CONHECIMENTO

Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

## RELATO DE CASO: SÍNDROME DE TAKOTSUBO EM PACIENTE JOVEM PORTADORA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.

**AUTOR PRINCIPAL:** Maurício Simoni Candaten

**CO-AUTORES:** Thais Rohde Pavan, Marcelo Fialho Roman, Bruna Almeida

**ORIENTADOR:** Thais Rohde Pavan

**UNIVERSIDADE:** Universidade de Passo Fundo

### INTRODUÇÃO:

Síndrome de Takotsubo (STT), também conhecida como Cardiomiopatia induzida por estresse ou “Síndrome do Coração Partido”, é uma desordem caracterizada por uma disfunção sistólica regional e transitória do ventrículo esquerdo, mimetizando infarto agudo do miocárdio, com quadro clínico e alterações enzimáticas ou eletrocardiográficas semelhantes, mas na ausência de doença arterial coronariana pela angiografia<sup>1</sup>. Embora esteja sendo cada vez mais reconhecida nas últimas duas décadas, a STT ainda é rara em nosso meio, sendo uma doença de exclusão, acometendo, principalmente, mulheres na pós-menopausa. Pacientes que sobrevivem ao episódio agudo normalmente recuperam a função ventricular sistólica em poucas semanas<sup>2</sup>.

Nosso relato de caso se baseia na história clínica de uma paciente de 23 anos, diagnosticada com STT. Através de revisão do prontuário e da literatura, enfocamos na suspeita, diagnóstico diferencial e prognóstico dessa afecção pouco comum, porém importante nos dias de hoje.

### DESENVOLVIMENTO:

Paciente do sexo feminino, 23 anos, com diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) e Hipertensão Arterial Pulmonar há 3 meses, anticoagulada, é admitida na emergência com dispneia, palidez e sudorese. Bulhas rítmicas taquicárdicas, ausculta pulmonar normal. Pressão arterial de 90x60 mmHg, frequência cardíaca de 135 bpm, frequência respiratória de 35 ipm, afebril. Progrediu com piora acentuada do

# III SEMANA DO CONTECUMENTO

307 DE OUTUBRO  
2016

desconforto respiratório e dor torácica, realizando eletrocardiograma (ECG) que mostrou taquicardia sinusal, a dosagem de CKMB positiva, ecocardiograma à beira do leito evidenciou hipocinesia difusa de ventrículo direito e acinesia dos segmentos mediais e apicais de ventrículo esquerdo, encaminhada diretamente para a cineangiocoronariografia que evidenciou coronárias normais. A paciente evoluiu com choque cardiogênico, sendo necessária a administração de amins vasoativas e a utilização de suporte ventilatório em UTI. Após 48 horas houve melhora do quadro com progressiva descontinuação das drogas vasoativas. Novo ecocardiograma, realizado após 72 horas, mostrou melhora significativa da contração segmentar. Descartadas demais hipóteses, estabeleceu-se o diagnóstico de STT. A paciente recebeu alta da UTI quatro dias após sua admissão e alta hospitalar no décimo dia, em uso de nitratos, digoxina e antagonista dos canais de cálcio.

A STT foi descrita em 1991, no Japão, em pacientes que apresentavam suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), mas sem alterações coronarianas significativas na angiografia que explicassem o quadro. É uma doença rara, afetando cerca de 1-2% dos pacientes que realizam angiografia por suspeita de infarto agudo do miocárdio<sup>1</sup>. Ao contrário do caso descrito, a STT é mais comum em mulheres de 58-75 anos de idade, sendo que apenas 3% dos casos ocorrem antes dos 50 anos. O estresse emocional parece estar intimamente envolvido no desenvolvimento da afecção, lembrando que nossa paciente teve um diagnóstico recente de doenças graves. Doenças crônicas, como o LES, podem preceder o quadro, porém sem explicação plausível para seu desenvolvimento<sup>3</sup>. A fisiopatologia inclui excesso de catecolaminas, disfunção microvascular e espasmos coronarianos. O diagnóstico deve ser suspeitado em pacientes com sintomas de SCA (dor no peito ou dispneia, alterando enzimas cardíacas ou ECG), com presença de anormalidades na contração ventricular esquerda, principalmente em ápices, na ausência de outras causas (miocardite, drogas ou feocromocitoma), e angiografia sem evidência de obstrução de coronárias<sup>2</sup>. Não há terapia específica para essa miocardiopatia, apenas suporte e monitorização para complicações, como o choque cardiogênico, pois o risco de mortalidade intra-hospitalar chega a 19,1%. O diagnóstico correto evita trombólises desnecessárias e tratamento a longo prazo para doença arterial coronariana. Pacientes que sobrevivem ao episódio agudo normalmente recuperam a função ventricular em 1-4 semanas. O risco de recorrência da STT é de 2% ao ano<sup>4</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A STT possui apresentação similar à SCA, sendo seu diagnóstico frequentemente esquecido. Embora rara, sua suspeita clínica sempre deve ser levantada, principalmente em pacientes estressados, com poucos fatores de risco cardiovascular e alterações enzimáticas ou ao ECG, na suspeita de infarto agudo do miocárdio, evitando terapias desnecessárias, promovendo uma assistência médica mais eficiente.

## REFERÊNCIAS:

# III SEMANA DO CONTECUMENTO

3 A 7 DE OUTUBRO  
DE 2016

- 1 - Sato H, Taiteishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Clinical aspect of myocardial injury: From ischemia to heart failure, Kodama K, Haze K, Hon M (Eds), Kagakuhyouronsha, Tokyo 1990. p.56.
- 2 - Gianni M, Dentali F, Grandi AM, et al. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. Eur Heart J 2006; 27:1523.
- 3 - Fineschi V, Silver MD, Karch SB, et al. Myocardial disarray: an architectural disorganization linked with adrenergic stress? Int J Cardiol 2005; 99:277.
- 4 - Singh K, Neil CJ, Nguyen TH, et al. Dissociation of early shock in takotsubo cardiomyopathy from either right or left ventricular systolic dysfunction. Heart Lung Circ 2014; 23:1141.

**NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa):.**

**ANEXOS:**