



RELATO DE CASO

SÍNDROME DE TAKOTSUBO: RELATO DE CASO EM UMA PACIENTE JOVEM

TAKOTSUBO SYNDROME: CASE REPORT IN A YOUNG PATIENT

Desirée Jacob Monteiro¹
Fernando Murilo Martynetz²
Guilherme Rocha Spiller³

RESUMO

O relato a seguir apresenta uma situação de Síndrome de Takotsubo (STT). Tem como objetivo relatar o caso de uma paciente jovem com STT associado a estresse agudo atendida na emergência de um hospital de referência na Serra Catarinense e apresentar uma breve revisão sobre o assunto, que é importante e subdiagnosticado. A STT, conhecida também com síndrome do coração partido, uma condição induzida por estresse causando alteração na função ventricular sistólica e diastólica esquerda temporária. Atinge preferencialmente mulheres na pós-menopausa e é caracterizada por alterações clínicas e laboratoriais semelhantes a da síndrome coronariana aguda. A fisiopatologia ainda permanece incerta, acredita-se que o excesso de estimulação simpática e altos níveis de catecolaminas levem a prejuízo na microcirculação e consequente isquemia dos cardiomiócitos. O diagnóstico é mais comumente dado pelos critérios da clínica Mayo. O tratamento é de suporte, com a maioria dos casos evoluindo para o retorno da função ventricular basal em aproximadamente 3 semanas. O tema torna-se relevante por fazer diagnóstico diferencial com a Síndrome Coronariana aguda.

Descritores: Síndrome coronariana aguda. Cardiomiopatia de Takotsubo. Cardiologia.

ABSTRACT

The following case report presents an event of Takotsubo cardiomyopathy (TC). The aim of this case report is to describe a young patient with TC associated with acute stress seen at the emergency department of a large medical center in Santa Catarina, as well as present a brief literature review about the subject, which is underdiagnosed. TC, also known as broken heart syndrome, is a stress-induced condition characterized by a reversible left ventricular systolic and diastolic dysfunction. It preferentially affects women in post-menopause and is characterized by clinical and laboratory changes similar to those of acute coronary syndrome. The pathophysiology still remains uncertain, it is believed that the excess of sympathetic stimulation and high levels of catecholamines lead to impairment in the microcirculation and consequent ischemia of the cardiomyocytes. The diagnosis is most commonly given by the criteria of the Mayo clinic. Treatment is supportive, in most cases

¹Discente de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: desiree.monteiro@hotmail.com.

²Médico esp. em Saúde da Família. Docente do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: fmmartynetz@gmail.com.

³Discente de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). E-mail: guirspiller@live.com.



evolving to the return of baseline ventricular function in approximately 3 weeks. The theme is relevant for making a differential diagnosis with acute Coronary Syndrome.

Keywords: Acute coronary syndrome. Takotsubo Cardiomyopathy. Cardiology.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Takotsubo (STT), conhecida também com síndrome do coração partido é uma condição induzida por estresse causando alteração na função ventricular sistólica e diastólica esquerda temporária.¹ Atinge preferencialmente mulheres na pós menopausa e é caracterizada por alterações clínicas e laboratoriais semelhantes a da síndrome coronariana aguda (SCA), tornando a STT um importante diagnóstico diferencial.²

Alem de atingir mulheres durante a pós-menopausa, a doença também se manifesta em mulheres mais jovens e homens em menores proporções cuja prevalência se faz em torno de 1,2% dentre todos os pacientes diagnosticados inicialmente com infarto agudo do miocárdio, taxa que se eleva para 4,9% quando se tratando apenas de pacientes do sexo feminino.³

Manifesta-se com dor torácica aguda, dispneia, elevação dos marcadores de necrose miocárdica e alterações eletrocardiográficas relacionados a lesão isquêmica miocárdica, análogas as alterações encontradas na SCA mas que ao contrário desta não apresenta evidência de obstrução significativa e os exames tendem a atingir níveis fisiológicos em poucos dias.² Acredita-se que 2% dos pacientes com suspeita de SCA apresentem STT.²

A fisiopatologia ainda permanece incerta, acredita-se que o excesso de estimulação simpática e altos níveis de catecolaminas levem a prejuízo na microcirculação e consequente isquemia dos cardiomiócitos.^{4,5}

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente jovem com STT associado a estresse agudo atendida na emergência de um hospital de referência na Serra Catarinense. O tema se torna relevante pela raridade e por ser subdiagnosticado.

METODOLOGIA

Para a elaboração deste relato de caso foi realizado anamnese e exame físico da paciente, previamente autorizados pelo paciente documentada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Parecer consubstanciado do CEP número 4.217.953. Além disso, foi analisada a base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Lilacs e Livro Texto,



utilizando Síndrome de Takotsubo, Disfunção Ventricular Esquerda e Síndrome coronariana aguda como palavras de busca. Na amostra foram incluídos artigos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, educadora física. Admitida na emergência de um hospital da Serra Catarinense, referindo precordialgia a um dia, do tipo aperto que irradiava para cervical com piora progressiva, relacionada a estresse emocional intenso pelo falecimento do pai. Negava comorbidades, história familiar de doenças cardiovasculares ou uso de medicamentos contínuos.

Encontrava-se em bom estado geral, lúcida, anictérica e acianótica. A pressão arterial era de 140x90 mmHg. À ausculta cardíaca, em ritmo regular, em 2 tempos sem sopros, e ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios.

Foram realizados ECG e coleta de enzimas cardioespecíficas. O primeiro ECG mostrou um supradesnivelamento do segmento ST em derivações precordiais (V3-V5). Iniciou-se conduta para SCA, com cateter de oxigênio 2L/min, Dinitrato de Isossorbida 10 mg, AAS 300mg, Clopidogrel 300 mg, Carvedilol 3,125 mg e Atorvastatina 40 mg via oral. CKMB de 105 U/L. TnT positivas. Repetido o ECG com 4h de evolução com discrete supradesnivelamento de V3.

A paciente foi posteriormente submetida a cateterismo cardíaco, que não mostraram quaisquer obstruções de coronarianas significativas. Ecocardiograma Transtorácico realizado no dia da admissão revelou ventrículo esquerdo com acinesia dos segmentos apicais com contratilidade miocárdica preservada nas demais paredes e função sistólica global preservada.

Durante a internação, a paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e assintomática, recebendo alta após 5 dias com uso de AAS 100mg, Clopidogrel de 75mg, Atorvastatina de 40mg, Carvedilol de 6,25mg e Enalapril 10 mg.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Takotsubo (ST), também conhecida como Síndrome do Coração Partido, Cardiomiopatia de Takotsubo, Síndrome de Discinesia Apical Transitória e Miocardiopatia Induzida Por Estresse.⁶ Descrita no Japão na década de 90 pelo Dr Hikaru Sato. O nome faz referência ao formato que o coração assume na STT, visualizado na ventriculografia esquerda, semelhante a um vaso de abertura estreita e corpo amplo (“tsubo”) utilizado para caçar polvos (“tako”) após um evento



estressante.⁴ É uma desordem reversível e aguda do miocárdio causada por hipocinesia da região média e acinesia ou discinesia apical associados a hipercinesia da base ventricular esquerda.^{5,3}

A ST é mais comum entre as mulheres na pós-menopausa, entre 62 a 76 anos e é causada por uma situação de estresse emocional ou físico.⁷ Acredita-se que o estrogênio possui fator protetivo contra danos ao miocárdio, postula-se que na pós-menopausa há uma alteração endotelial causada pelos níveis reduzidos deste hormônio.^{4,5} Apesar de já ter sido descrito em pacientes mais jovens, apenas 3% dos casos são em mulheres abaixo dos 50 anos.⁵ Observa-se que a paciente em questão não se encontrava no grupo mais atingido pela doença, mas apresentou os sintomas após uma situação estressante, assim como descrito na literatura.

A fisiopatologia permanece incerta, mas acredita-se que os níveis elevados de catecolaminas (como adrenalina e noradrenalina) e cortisol induzidos pelo estresse causem danos reversíveis a contratilidade cardíaca através de toxicidade direta aos cardiomiócitos e vasoconstrição da microcirculação do miocárdio.⁶

Na Síndrome de Takotsubo, o estresse intenso induz a dilatação do ventrículo esquerdo. Na maioria dos pacientes (em torno de 80%) essa dilatação se dá no ápice, enquanto na minoria, se encontra na parte média da câmara.⁸ Os gatilhos mais comuns são morte de um ente querido, conflitos, ansiedade, raiva e medo.

Por ter o estresse como um fator desencadeante, muitos pacientes que experienciam altos níveis de estresse crônico estão em maior risco de desenvolver a enfermidade. Um grande estudo multinacional evidenciou que 55,8% dos pacientes com o diagnóstico de Takotsubo tinham alguma comorbidade neurológica ou psiquiátrica, em comparação àqueles com Síndrome Coronariana Aguda, que tal histórico estava presente em 25,7%.⁹

Clinicamente a ST em sua forma aguda apresenta-se de maneira semelhante a Síndrome Coronária Aguda (SCA). Os sintomas mais comuns são dor torácica típica aguda, dispneia, síncope, e arritmias.^{4,10} O quadro clínico é associado a elevação do segmento ST em 56% dos casos, inversão da onda T em 17% e elevação dos marcadores de necrose miocárdica na maioria dos pacientes, sugerindo injúria miocárdica.³ Observa-se que no caso relatado a paciente apresentou quadro clínico típico de SCA com dor precordial irradiada para cervical com piora progressiva, associada a elevação de enzimas cardíacas e alterações eletrocardiográficas. A conduta inicial foi baseada no diagnóstico equivocado de SCA com supradesnivelamento de segmento ST, devido a gravidade dessa síndrome. O diagnóstico correto da ST só foi possível após a realização de outros exames complementares.



Os critérios da Mayo Clinic são os mais utilizados para o diagnóstico Síndrome de Takotsubo. De acordo com esses critérios, as seguintes condições precisam estar presentes: Discinesia transitória do ventrículo esquerdo com ou sem acometimento apical (o gatilho estressor pode ou não estar presente); ausência de lesão obstrutiva de coronárias na angiografia; anormalidades eletrocardiográficas (elevação de ST ou inversão de onda T) e modesto aumento das troponinas cardíoespecíficas; ausência de feocromocitoma e miocardite.¹¹

O tratamento consiste em suporte até a função ventricular voltar à normalidade, que ocorre em aproximadamente 3 semanas. A severidade do quadro é variável, de quadros leves, até aqueles com necessidade de intervenção agressiva. O manejo consiste de maneira análoga àquele da Síndrome Coronariana Aguda.¹² O prognóstico tende a ser bom. Aproximadamente 95% dos pacientes recuperam a função ventricular em algumas semanas. Estudos atuais sugerem que a mortalidade intra-hospitalar é de aproximadamente 5%, com a maioria das mortes ocorrendo naqueles pacientes com instabilidade hemodinâmica.¹³

CONCLUSÃO

Como aproximadamente 2% dos pacientes com uma suspeita de Síndrome Coronariana Aguda acabam tendo o diagnóstico da Síndrome de Takotsubo, é válido que os médicos tenham em mente tal diagnóstico diferencial em mente quando deparados com a situação de um paciente com dor torácica típica após um evento estressante, em especial se for um paciente do sexo feminino.¹⁴ Por mais que tenha um bom prognóstico, é preciso que o manejo da enfermidade seja conduzido de maneira adequada, já que uma pequena parcela dos pacientes pode evoluir com instabilidade hemodinâmica e necessidade de cuidados mais agressivos. Ainda há muito o que se elucidar sobre a síndrome, já que a fisiopatologia integral permanece incerta, porém a tendência é de crescentes estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Ritt, LEF., Costa, JPA., Cruz, CM., et al. Fatores associados a recorrência na síndrome de takotsubo: uma revisão sistemática. *Arq. Bras. Cardiol.* 2020 Mar; 114 (3), 477-483 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000300477&lng=env.
2. Garagoli, F., Arias, A., Kotowicz, V., et al. Cardiomiopatia de Takotsubo com Requisição de Oxigenação Extracorpórea por Membrana (ECMO) Após Cirurgia de Mixoma Atrial. *International Journal of Cardiovascular Sciences.* 2020 30(3), 277-280. Available from: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170022>



3. Cordeiro, JVC., Lima, LRSG., Ferreira, RRS., Síndrome de takotsubo: um diagnóstico diferencial do infarto agudo do miocárdio. Proceedings of the Anais do 17º Congresso de iniciação científica da FASB; 2019; mai 8-10; Barreiras - BA, Brasil: 17º Congresso de iniciação científica da FASB; 2019.p. 1-3. Available from: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/458>.
4. Menegassi FGM, Menegassi MA de S, Moura FJD de., Miocardiopatia de Takotsubo: Características e Mecanismos Etiológicos, uma revisão narrativa-crítica. REAS. 2019 Abr; (22):e380. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/380>.
5. Amaral, WAEF., Miranda, Z., Ferreira, VV., Disfunção Ventricular apical transitória (síndrome de takotsubo): revisão de literatura. Arq Catarin Med. 2014 out-dez; 43 (4): 70-76. Available from: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1319.pdf>.
6. Vergara, N., Lescano, A., Rossi, A., Miocardiopatia de Tako-tsubo, una entidad no tan benigna. A propósito de un caso. Insuf. card. 2018 set;13 (4). Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3219/321958046005/html/index.html>.
7. Oliveira, AMP., Nascimento, LS., Nunes PBM., et al. Síndrome de takotsubo e o uso de InterTAK. A síndrome coronariana aguda: relato de caso. Cila Biomed Res. 2018; 38 (4), 409-413. Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/86408>.
8. Boyd B, Solh T. Takotsubo cardiomyopathy: Review of broken heart syndrome. J Am Acad Physician Assist. 2020;33(3):24–9.
9. Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, Napp LC, Bataiosu DR, Jaguszewski M, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (stress) cardiomyopathy. N Engl J Med. 2015;373(10):929–38.
10. Vergel, J., Orozco-Tamayo, S., Vallejo-Gómez, AF., et al. Síndrome del corazón roto y estros agudo. A propósito de un caso. Rev Colomb Psiquiat. 2017; 46 (4): 257-262. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46n4/0034-7450-rcp-46-04-00257.pdf>
11. Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, Sharkey S, Dote K, Akashi YJ, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology. Eur Heart J. 2018;39(22):2032–46.
12. Medina de Chazal H, Del Buono MG, Keyser-Marcus L, Ma L, Moeller FG, Berrocal D, et al. Stress Cardiomyopathy Diagnosis and Treatment: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2018;72(16):1955–71.
13. Farid A, Dufresne W, Farid B, Amsterdam EA. A Stressful Situation: Takotsubo Cardiomyopathy. Am J Med [Internet]. 2018;131(3):253–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.10.038>.
14. Salmoirago-Blotcher E, Dunsiger S, Swales HH, Aurigemma GP, Ockene I, Rosman L, et al. Reproductive History of Women With Takotsubo Cardiomyopathy. Am J Cardiol [Internet]. 2016;118(12):1922–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.08.083>