

# RELATO DE CASO: CORAÇÃO PARTIDO APÓS FIBROBRONCOSCOPIA

**Autores:** Rafaela Vianna Magalhães<sup>1</sup>, João Vitor Soares Cruz<sup>1</sup>, Larrissa Nunes<sup>1</sup>, Rebecca Saray Marchesini Stival<sup>1</sup>, Camila Marchi Blatt<sup>1</sup>

**Instituição:** <sup>1</sup>Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil.

## INTRODUÇÃO

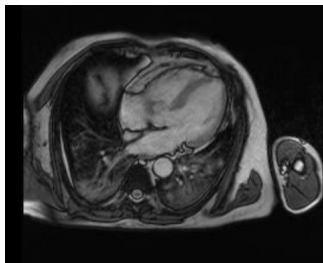
A Síndrome do Coração Partido ou de Takotsubo é uma disfunção ventricular esquerda transitória em que o coração adquire a forma de um vaso típico japonês. É acompanhado de uma dor anginosa e pode apresentar alterações no eletrocardiograma característicos de IAM, porém, está ausente a oclusão arterial coronariana na angiografia contrastada. É doença amplamente associada a momentos de estresse intenso e pacientes com uma longa história de comorbidades podem dificultar o diagnóstico da síndrome de Takotsubo. Em meio à pandemia de COVID-19, pacientes expostos constantemente a fatores estressantes e desencadeantes da síndrome podem, dessa forma, ter seu diagnóstico atrasado, evidenciando, assim, a importância desse relato

## OBJETIVOS

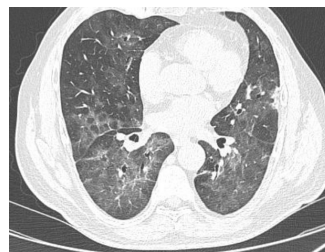
Relatar um caso de dificuldade diagnóstica entre COVID-19, IAM e Síndrome de Takotsubo

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 61 anos, com investigação de reumatismo em uso de metotrexato e prednisona; iniciou um quadro de febre, astenia, dispneia progressiva e necessidade de oxigenoterapia suplementar. Apresentava áreas de vidro fosco na tomografia de admissão, sendo testado para SARS-COV2 por 7 vezes com resultado negativo. Diante da imagem característica de pneumonia em organização, o paciente foi submetido a fibrobroncoscopia para coleta de lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica, a fim de obtenção de amostra para realização de culturas. Após a realização do exame, apresentou-se com piora clínica, taquipneia, necessidade de aumento da suplementação de oxigênio e leve dor torácica ventilatório-dependente. Foi realizado eletrocardiograma que não demonstrou alterações do segmento ST, radiografia de tórax sem pneumotórax, troponina cardíaca alta, em curva ascendente. Foi suspeitado de IAM tipo 2 e então o paciente foi submetido a ressonância magnética cardíaca, que demonstrava disfunção sistólica segmentar e global do VE de grau leve (FE 49%), ausência de edema miocárdico ou necrose e ausência de oclusão coronariana, sendo compatível com síndrome de Takotsubo.



**Figura 1:** Disfunção sistólica segmentar e global do VE de grau leve (FE 49%), ausência de edema miocárdico e de necrose; achados que auxiliaram no diagnóstico de Síndrome de Takotsubo



**Figura 2:** Lesão pulmonar difusa e bilateral com predomínio de vidro-fosco, padrão de PINE (pneumonia intersticial não específica)

## CONCLUSÃO

O diagnóstico diferencial de Síndrome de Takotsubo é amplamente relevante em casos de suspeita de IAM. Em pandemia, o estresse cotidiano pode ser agravado por iatrogenia ao requisitar testes em excesso, ainda mais quando os exames são invasivos, como a broncoscopia, responsável pelo fator estressante agudo para a ST. Também se demonstra de extrema relevância a diferenciação dos exames cardíacos, com o intuito de realizar o diagnóstico correto, distinguindo um ECG sugestivo de IAM que não apresenta oclusão arterial coronariana

## REFERÊNCIAS

1. Takotsubo Cardiomyopathy and Subsequent Seizures Induced by Flexible Bronchoscopy. Shion Miyoshi, S, *et al.* Respiratory Care. September 2015, Vol 60
2. Pelliccia, F., Kaski, J. C., Crea, F., & Camici, P. G. Pathophysiology of Takotsubo Syndrome. *Circulation*, 135(24), 2426-2441. 2017, <https://doi.org/10.1161/circulationaha.116.027121>
3. Gianni, Monica et al. "Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review." *European heart journal* vol. 27,13 (2006): 1523-9. doi:10.1093/eurheartj/ehl032