

## MANEJO DO PACIENTE COM SÍNDROME DE TAKOTSUBO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

**Autor:** Gabriel Sordi Signorini

**Coautores:** Charles Albani Dadam Júnior, José Testoni Neto, Vinicius Henrique Nazar, Helena Fões Rodi

**Email**            **coautores:**            [dadamfilho@gmail.com](mailto:dadamfilho@gmail.com);            [jose\\_netto@sibara.com.br](mailto:jose_netto@sibara.com.br);  
[vinihnazar@hotmail.com](mailto:vinihnazar@hotmail.com);            [helenafoesrodi@gmail.com](mailto:helenafoesrodi@gmail.com);

**Palavras-chave:** Cardiomiopatia; Takotsubo

### Introdução/Fundamentos

A Síndrome de Takotsubo, conhecida como cardiomiopatia induzida por estresse ou Síndrome do coração partido, caracteriza-se por uma forma reversível e aguda de Insuficiência Cardíaca com redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, de duração de até 30 dias, precipitada geralmente por estresse emocional/físico. O nome se dá pela semelhança entre a anatomia do Ventrículo Esquerdo (VE) nesta condição e a armadilha de pesca japonesa (Takotsubo). Esta é confundida com o infarto agudo do miocárdio (IAM) pela sua sintomatologia e possíveis alterações eletrocardiográficas e de marcadores de necrose miocárdica, no entanto não apresenta lesão coronariana obstrutiva na sua patologia. É mais comum em mulheres após a menopausa e em asiáticos.

### Objetivos

Relatar a doença de Takotsubo e seus achados no Cateterismo (CATE), Ventriculografia e Ecocardiograma (ECO).

### Delineamento/Métodos

Estudo realizado no modelo de relato de caso.

### Relato de caso

Feminina, 53 anos, encaminhada da UPA no dia 16/05/23 com suspeita de IAM sem supra de ST, com quadro de dor precordial, contínua, forte intensidade, evolução de 6 horas, com irradiação para dorso, precipitado após grande estresse emocional, sem relação com atividade física ou repouso. Nega comorbidades. Medicada com AAS, Clopidogrel, Isordil, Morfina, com melhora parcial dos sintomas. Exame físico sem particularidades, sinais vitais estáveis. Laboratoriais na admissão: troponina fraco reagente, CK 219, CKMB 40. ECG na origem com inversão de onda T na parede inferior. CATE (17/05/23): descendente anterior com discreta lesão medial, VE com hipocinesia ântero-apical e infero-apical e hipercontratilidade de suas porções basais, demais artérias sem alterações. ECO (23/05/23): sem dilatação ou hipertrofia de câmaras, acinesia dos segmentos médio apical da parede anterior, apical da parede inferior, apical do septo interventricular e ápice, configurando aneurisma antero septo apico inferior de grau moderado, hipercinesia dos segmentos basais do VE, função contrátil do VE com déficit leve à moderado. Paciente recebeu alta após 8 dias de internação.

### Conclusões/Considerações finais

Devido a grande incidência de síndromes coronarianas agudas, a doença de Takotsubo é um diagnóstico diferencial que deve ser levada em consideração nas hipóteses diagnósticas de um paciente com dor precordial, principalmente nos que se enquadram no grupo epidemiológico clássico com fatores de riscos associados.