

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: RELATO DE CASO

TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY: CASE REPORT

Éric Guimarães Machado¹; Ana Gabriela Menezes de Jesus Torres¹;
Tiago de Souza Lopes¹; Léo Guimarães Soares²;
Gabriel Porto Soares³; Paulo Sérgio Lopes Soares³.

RESUMO

A cardiomiopatia de Takotsubo é uma doença cardiovascular com quadro clínico semelhante ao infarto agudo do miocárdio, porém, com coronárias normais na cineangiocoronariografia.

Caso clínico: Mulher de 73 anos de idade, com manifestações clínicas de infarto agudo do miocárdio e alterações compatíveis com esta doença em exames complementares, porém, sem obstrução na cineangiocoronariografia e com balonamento apical do ventrículo esquerdo na ventriculografia esquerda, corroborando com o diagnóstico de Cardiomiopatia de Takotsubo. Neste caso, a paciente foi tratada com beta bloqueador, nitrato e antiagregante plaquetário. Sua evolução foi satisfatória, com o desaparecimento da dor torácica, sem sinais de insuficiência cardíaca e com restauração da função ventricular.

Conclusão: O tratamento de suporte hemodinâmico instituído foi eficaz neste caso. Ressalta-se, com este trabalho e com a revisão de literatura, a importância desta doença, tanto no diagnóstico quanto no tratamento dessa enfermidade.

Palavras-chave: Cardiomiopatia de Takotsubo; dor no peito; síndrome coronariana aguda

ABSTRACT

Takotsubo cardiomyopathy is a cardiovascular disease with clinical symptoms similar to acute myocardial infarction, but with normal coronary arteries on angiography.

Case Report: Patient 73-year-old female with clinical manifestations of acute myocardial infarction and changes consistent with this disease in the exams, however, without obstruction at coronary angiography and apical ballooning from left ventricle in the ventriculography, corroborating in the diagnosis of Takotsubo cardiomyopathy. In this case reported, the patient was treated with beta-blockers, nitrates and antiplatelet agents. Her evolution was satisfactory, with the disappearance of chest pain with no signs of heart failure and restoration of ventricular function.

Conclusion: The hemodynamic support treatment instituted in this case was effective. In this case report is emphasized, with literature review, the importance of this disorder, in both its diagnosis and treatment.

Keywords: Takotsubo Cardiomyopathy; chest pain; acute coronary syndrome

Revista HCPA. 2012;32(4):485-489

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Severino Sombra. Rio de Janeiro, RJ.

² Odontologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

³ Cardiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Severino Sombra – RJ

Contato:

Eric Guimarães Machado
ericgmac@hotmail.com
Paraíba do Sul, RJ, Brasil

A cardiomiopatia de Takotsubo é uma enfermidade com quadro clínico semelhante ao infarto agudo do miocárdio (IAM), com dor torácica, alterações em marcadores de necrose miocárdica e comprometimento segmentar do ventrículo esquerdo (VE), porém, sem doença arterial coronariana (DAC) significativa na cineangiocoronariografia. Os primeiros relatos sobre essa doença ocorreram na década de 90 com um grupo japonês, que observou esses achados em mulheres de meia-idade após acentuado grau de estresse emocional (1,2). Atribuiu-se a essa síndrome o nome de cardiomiopatia de Takotsubo devido ao achado da ventriculografia esquerda: na sístole ventricular o coração apresentava o formato de um Takotsubo – um pote com colo estreito e fundo redondo que é usado como armadilha para capturar polvos no Japão (figura 1) (2-4).

A suspeita do diagnóstico de cardiomiopatia de Takotsubo ocorre quando o indivíduo apresenta esse quadro clínico sugestivo, mas a DAC não está presente, portanto, não tendo relação com a

disfunção do VE. O diagnóstico é confirmado pela observação da morfologia do VE: um balonamento apical (5). Esta alteração pode ser observada tanto na ventriculografia esquerda quanto no ecocardiograma (6).

Em geral a função ventricular se restitui até o 18º dia do início do quadro clínico, podendo variar entre 3 a 50 dias (7).

Sua prevalência ainda não está muito bem definida, no entanto, Simões et al.(8) relatam que esta síndrome pode representar 2% dos casos atendidos em emergências como sendo síndrome coronariana aguda.

No presente estudo foi relatado um caso de cardiomiopatia de Takotsubo e feita uma breve revisão de literatura sobre essa enfermidade, com o intuito de alertar para o diagnóstico e melhor tratamento desses pacientes. A realização deste relato foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Severino Sombra, sob o nº 0175/2011-02.

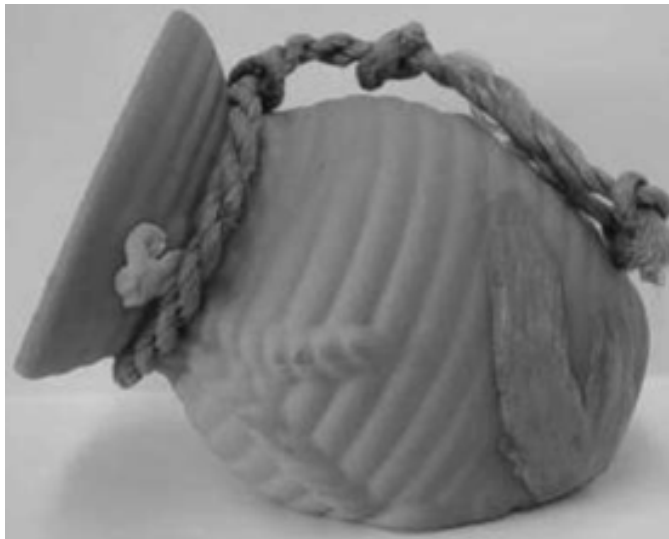


Figura 1: Takotsubo (armadilha de capturar polvos).

Fonte: Coons, 2009.

RELATO DE CASO

Uma mulher de 73 anos foi admitida com queixa de dor precordial, em constrição, com irradiação para a região dorsal e sem relação com esforço físico.

Foi realizado um eletrocardiograma (ECG), que demonstrou supradesnivelamento do segmento ST de V2 a V6. Foi realizada a dosagem seriada dos marcadores de necrose miocárdica, cujos valores se encontraram dentro da normalidade. A suspeita inicial foi de pericardite. O ecodopplercardiograma realizado evidenciou hipocinesia e acinesia em septo inferior e apical, além de um balonamento apical do VE (figura 2 A,B,C). Foi solicitado estudo hemodinâmico no mesmo dia do início dos sintomas, revelando ausência de doença obstrutiva coronariana e hipocinesia severa em paredes anterolateral e apical, com hipercontratilidade das demais paredes e valva mitral competente.

Na ventriculografia esquerda pode ser observado na sístole o balonamento apical do VE (figura 3), corroborando com o diagnóstico de cardiomiopatia de Takotsubo, a qual não havia sido confirmada neste momento pela necessidade de aguardar a restauração da função do VE.

Decidiu-se iniciar o tratamento com betabloqueador, nitrato e antiagregante plaquetário. A evolução da paciente foi satisfatória, com desaparecimento da dor torácica e sem sinais de insuficiência cardíaca. Após 60 dias da consulta inicial foram realizados um novo ecodopplercardiograma, cujo resultado revelou função ventricular normal, sem disfunção segmentar (figura 3D) e um novo ECG, cujo resultado foi presença de ondas T invertidas e simétricas de V2 a V6 e em D1 e aVL. A paciente continua sob acompanhamento médico cardiológico, permanecendo assintomática e fazendo uso contínuo de estatina.

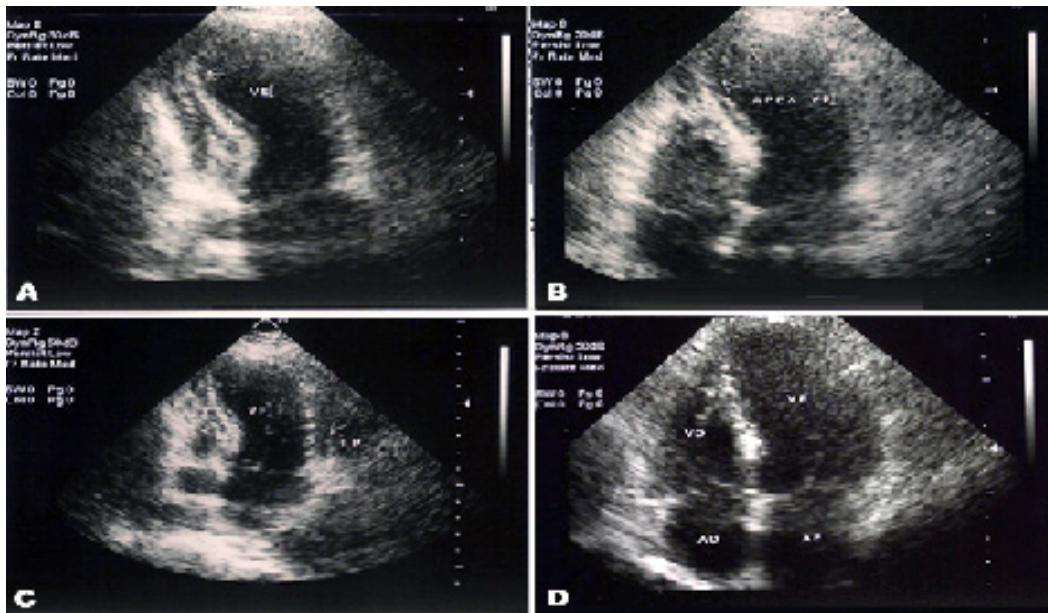


Figura 2 – Ecodopplercardiograma realizado na admissão da paciente (A,B e C) e sessenta dias após o evento inicial (D):

- A – Corte apical longitudinal: hipocinesia e acinesia inferoapical.
- B – Corte apical: septo apical hipocinético à acinético.
- C – Corte apical: mínimo líquido pericárdico e a morfologia do ventrículo esquerdo similar ao Takotsubo.
- D – Exame realizado 60 dias após o evento inicial: cavidades de dimensões normais, espessuras parietais do ventrículo esquerdo normais, função sistólica do ventrículo esquerdo preservada, contratilidade global e segmentar normais.

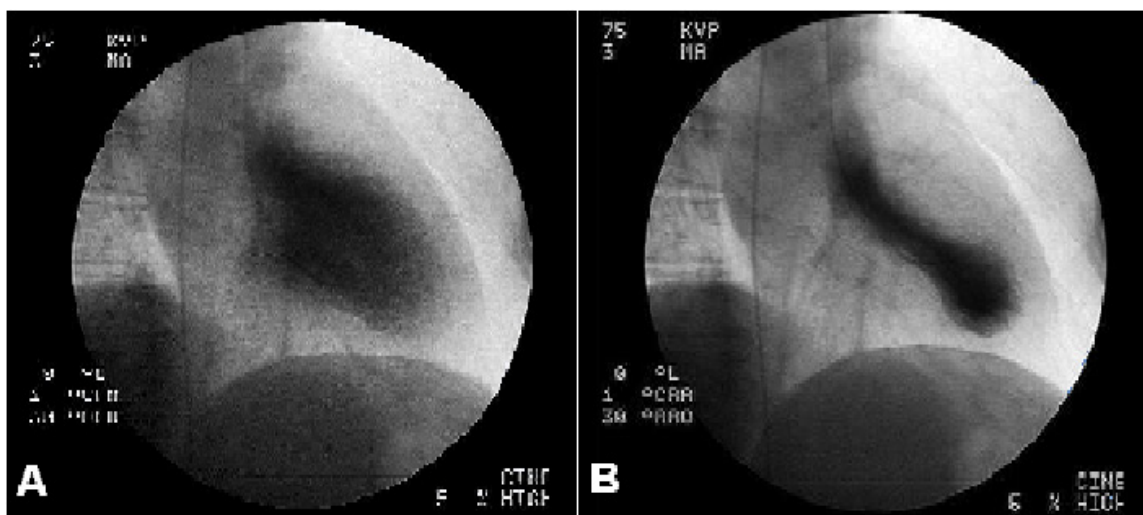


Figura 3 – Ventriculografia esquerda:

A-Diástole ventricular

B-Sístole ventricular evidenciando balonamento apical do VE, semelhante ao Takotsubo.

DISCUSSÃO

Conforme descrito anteriormente, este é o caso de uma paciente do sexo feminino que passou a quinta década de vida, estando na faixa etária na qual a enfermidade é mais prevalente (1,2). A incidência em mulheres é seis vezes maior que em homens (9).

Esta cardiomiopatia está relacionada a fatores bastante variáveis, sendo um deles o estresse (10). A identificação de estresse físico ou emocional é um fator importante para o diagnóstico, mas não um achado sempre presente (5). Neste caso, a paciente não relatou envolvimento emocional, mas sim dor torácica em constrição, irradiando para a região dorsal, como encontrado na literatura, onde os sintomas podem assemelhar-se aos do IAM. Cabe salientar, no entanto, que o sintoma mais frequente é a dor retroesternal (9).

O supradesnivelamento do segmento ST, alteração eletrocardiográfica apresentada pela paciente no exame da admissão, é o achado mais comum desta cardiomiopatia (6). O mesmo exame foi realizado 30 dias após o evento inicial, revelando a presença de ondas T invertidas e simétricas nas derivações de V2 a V6 e D1 e aVL, sugerindo isquemia subepicárdica anterior extensa.

A dosagem dos marcadores de necrose miocárdica revelou resultados dentro da normalidade, diferindo do resultado encontrado por Gianni et al. (3), onde 73,9% dos pacientes acompanhados apresentaram elevação das

enzimas cardíacas. Em geral, há o aumento dos marcadores de necrose miocárdica devido a lesões dos miócitos, porém, o valor enzimático de pico é considerado baixo para indicar um possível IAM (11).

No ecocardiograma realizado no dia do aparecimento dos sintomas pode ser observada alteração morfológica do VE, formando um balonamento apical – achado característico da cardiomiopatia de Takotsubo. Segundo Gomes e Veras (12), a ecocardiografia tem importante papel diagnóstico na cardiomiopatia de Takotsubo, auxiliando na identificação de alterações segmentares da contratilidade, obstrução na via de saída do VE, insuficiência mitral e disfunção diastólica associada. Por meio do ecocardiograma é possível ainda quantificar a função sistólica global do VE e acompanhar a função ventricular até a verificação da completa reversão do quadro. No ecocardiograma realizado 60 dias após o evento foram encontradas dimensão cavitária de VE normal, reversão da alteração contrátil do VE sem déficit contrátil segmentar. Esta restauração da função do VE associada com a ausência de DAC na cineangiocoronariografia nortearam para o diagnóstico de cardiomiopatia de Takotsubo (7).

Por ser uma doença de evolução autolimitada e alterações ventriculares reversíveis, o tratamento instituído neste caso foi de suporte, com o uso de betabloqueadores, nitratos e antiagregantes plaquetários (13).

O diagnóstico diferencial com o espasmo de artéria coronária pode ser realizado no momento da cineangiocoronariografia, que segundo Carneiro-Neto et al. (14) é o exame considerado padrão ouro na avaliação dessa entidade clínica.

A ressonância magnética cardíaca exerce papel fundamental no diagnóstico da cardiomiopatia de Takotsubo, auxiliando na avaliação de lesões isquêmicas ou áreas de infarto e descartando diagnósticos diferenciais como a miocardite (15).

CONCLUSÃO

Conforme observado neste caso, não ficou evidente um fator desencadeante de estresse emocional, mas o quadro clínico apresentado

pela paciente, o padrão da coronariografia e o aspecto da disfunção miocárdica segmentar na ventriculografia esquerda associado à reversibilidade desta disfunção remetem ao diagnóstico da cardiomiopatia de Takotsubo.

Quanto à gravidade da doença, a cardiomiopatia de Takotsubo é autolimitada e seu tratamento é baseado em medidas básicas de suporte, como realizado neste caso.

Por fim, espera-se, com este trabalho, demonstrar a importância dessa síndrome rara e, por vezes, subdiagnosticada em cardiologia, para que se possa atentar para o diagnóstico e melhor planejamento e conduta na abordagem desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- Haghi D, Fluechter S, Suselbeck T, Saur J, Bheleel O, Borggreffe M, Papavassiliu T. Takotsubo Cardiomyopathy - Acute Left Ventricular Apical Ballooning Syndrome occurring in the Intensive Care. *Unit. Intensive Care Med.* 2006; 32:1069-74.
- Vasconcelos Filho FJV, Gomes CAM, Queiroz OA, Barreto, JEF. Síndrome do Coração Partido - Síndrome de Takotsubo induzida por Ecocardiograma de Estresse com Dobutamina. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1):e5-7.
- Gianni M, Dentali F, Grandi AM, Sumner G, Hiralal R, Lonn E. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *European Heart Journal.* 2006;27:1523-29.
- Coons JC, Barnes M, Kusick K. Takotsubo cardiomyopathy. *Am J Health-Syst Pharm.* 2009;66:562-66.
- Derrick D. The "Broken Heart Syndrome": Understanding Takotsubo Cardiomyopathy. *Criticalcare nurse,* 2009;29(1):49-57.
- Nepal M. Takotsubo Disease. *J Nep Med Assoc.* 2007;46:44-8.
- Abe Y, Kondo M, Matsuoka R, Araki M, Dohyama K, Tanio H. Assessment of clinical features in transient left ventricular apical ballooning. *J Am Coll Cardiol,* 2003;41:737-42.
- Simões MV, Marin-Neto JA, Romano MMD, O'Connell JL, Santi, GL, Maciel BC. Disfunção ventricular esquerda transitória por cardiomiopatia induzida por estresse. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):e79-83.
- Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol,* 2001;38:11-8.
- Sousa JM, Knobel M, Buchelle G, et al. Transient ventricular dysfunction - Takotsubo cardiomyopathy. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(4):340-2.
- Wahab A, Wahab S, Panwar R, Alvi S. Tako-tsubo Cardiomyopathy or Broken Heart Syndrome. *Iranian Cardiovascular Research Journal.* 2010;4:33-4.
- Gomes CBG, Veras CJ. Strain Bidimensional na Cardiopatia de Takotsubo. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(2):e35-7.
- Lemos AET, Araújo ALJ, Lemos MT, Belém LS, Vasconcelos Filho FJV, Barros RB Síndrome do Coração Partido (Síndrome de Takotsubo) *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(1):e1-3.
- Carneiro-Neto JD, Lima-Neto JÁ, Simões RMC, Stolf NAG. Espasmo coronariano no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea. *Diagnóstico e manejo. Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(3):410-4.
- Nacif MS; Oliveira-Junior AC; Falcão RO; Oliveira ME; Bluemke DA; Rochitte CE. Qual o seu diagnóstico? *Radiol Bras.* 2010; 43(2):9-11.

Recebido: 01/06/2012

Aceito: 04/08/2012