

SÍNDROME DE TAKOTSUBO DE VE E VD: DESAFIO DIAGNÓSTICO

CAROLINE MILLON, VITHORIA VIDOTTI, ALEX DOS SANTOS FELIX, RICARDO GUERRA GUSMAO DE OLIVEIRA, PAOLO BLANCO VILLELA, ANDRÉ CASARSA

Introdução:

A miocardiopatia de Takotsubo (MTT) constitui uma síndrome clínica caracterizada em sua forma clássica por movimento discinético transitório do ventrículo esquerdo (VE). Ao mimetizar a síndrome coronariana aguda em termos clínicos, laboratoriais e eletrocardiográficos, estima-se que a síndrome de Takotsubo representa 1-3% de todos os casos inicialmente diagnosticados como infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.

Relato de caso:

Paciente masculino, 80 anos, hipertenso, diabético, tabagista, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrilação atrial permanente e Timoma localmente avançado. Em tratamento com radioterapia torácica e em uso de Rivaroxabana e Carvedilol. Admitido por infecção respiratória. Evolui com piora da dispneia sendo encaminhado para a Unidade Cardiointensiva. Exames laboratoriais de admissão já mostravam elevação acentuada de enzimas cardíacas (troponina ultrasensível inicial 25.540 ng/m), além de hipocalemia e D-dímero elevado. Eletrocardiograma com ritmo de fibrilação atrial e alta resposta ventricular. Observado presença de ondas Q nas derivações anteriores. Realizado ecocardiograma transtorácico que mostrou aumento bi-atrial e disfunção sistólica global do ventrículo esquerdo (VE) moderada a grave, às custas de discinesia de toda a ponta e acinesia de parte dos segmentos médios com padrão sugestivo de "balonamento apical" do VE, com padrão de Strain 2D característico. Notava-se também discinesia da ponta do ventrículo direito (VD) com disfunção de VD grave. Regurgitação tricúspide moderada (funcional), com PSAP estimada pelo Doppler em 60 mmHg. Veia cava inferior congesta. Derrame pleural bilateral. Derrame pericárdico grave circunferencial.



Foto 1. Ecocardiograma transtorácico.

Discussão:

A MTT afeta predominantemente mulheres na pós-menopausa, constituindo estas cerca de 90% dos casos observados. Nas variantes da MTT, em que não há acometimento do ápex, há maior proporção de mulheres pré-menopausa afetadas, sendo que nas situações precipitadas pelo stress físico, há predomínio do gênero masculino.

A ecocardiografia e a ressonância magnética ajudam a identificar tal patologia e caracterizar a sua forma de apresentação, a acinesia ou hipocinesia apical na forma clássica, forma médio-ventricular, ou mesmo a forma em que há hipercinesia da ponta e acinesia/discinesia basal, denominada Tako-Tsubo invertido.

As alterações de contratilidade, tipicamente, estendem-se para além do território vascular de uma única artéria coronária, sugerindo que o atordoamento miocárdico, mais do que uma possível necrose, é o mecanismo subjacente à disfunção aguda do VE.

O envolvimento do VD nesta miocardiopatia, outrora considerado esporádico, é cada vez mais observado (em 26 a 30% dos doentes). A disfunção sistólica do VD está associada a fração de ejeção do VE mais baixa, com envolvimento mais frequente do ápex e ocorrência de derrame pleural, atribuindo-se o acometimento variável deste ventrículo a diferenças na intensidade dos desencadeantes iniciais ou na irrigação sanguínea. Em conclusão, podemos afirmar que a MTT não deve ser considerada uma doença benigna e que o envolvimento do VD deve sempre ser investigado. Tal envolvimento pode estar relacionado a pior evolução da doença. Novos estudos devem ser conduzidos neste contexto a fim de se elucidar esta questão.