


SÍNDROME DE TAKOTSUBO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA EMERGÊNCIA

 DOI: 10.5281/zenodo.6612616

Douglas Berberian Gonzaga

*Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de
Goiânia, Goiás, Brasil
douglas.berberian@gmail.com*

Maria Eduarda Lima Viegas

*Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de
Goiânia, Goiás, Brasil*

Matheus Manzan Franco Barbosa

*Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de
Goiânia, Goiás, Brasil*

Jordana Rocha Alencar

*Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de
Goiânia, Goiás, Brasil*

Gustavo Antonelle Faria Miranda

*Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de
Goiânia, Goiás, Brasil*

Diogo Pereira Santos Sampaio

*Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG),
Goiânia, Goiás, Brasil.*

INTRODUÇÃO: A cardiomiopatia de *Takotsubo* é caracterizada por uma anomalia do ventrículo esquerdo (VE), no qual se tem um balonamento apical transitório, na

ausência de coronariopatia obstrutiva, sendo desencadeada principalmente por situações de estresse agudo. Suas principais manifestações são dor torácica, dispneia, alterações eletrocardiográficas de isquemia, discreto aumento de enzimas cardíacas e comprometimento segmentar da função ventricular, fazendo diagnóstico diferencial com o infarto agudo do miocárdio (IAM) - patologia de elevada mortalidade.

OBJETIVO: Compreender como situações de estresse agudo desencadeiam a cardiomiopatia de *Takotsubo* e como essa síndrome se manifesta como diagnóstico diferencial do IAM.

METODOLOGIA: Foram analisados estudos publicados em língua portuguesa e língua inglesa, tendo como referência as bases de dados SCIELO, Google Acadêmico e arquivos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Considerou-se apenas relatos de casos e revisões sistemáticas a partir de 2005, utilizando-se os descritores "Síndrome de *Takotsubo*", "infarto agudo do miocárdio" e "diagnóstico diferencial".

RESULTADOS: Para estabelecer os parâmetros de diagnóstico da síndrome de *Takotsubo*, e diferenciá-la em relação ao IAM, é necessário compreender os fatores que os tornam semelhantes e, principalmente, os que os diferenciam.

Quanto aos fatores em comum, ambos os quadros clínicos cursam com dor torácica em aperto, característico da SCA, e com alteração nos níveis de Troponina C e CKMB. O paciente acometido, pela síndrome, também pode apresentar alterações eletrocardiográficas típicas de um IAM, tais como: supradesnívelamento de onda ST ou disfunções discretas de repolarização do ventrículo direito. No entanto, o que torna a Síndrome de *Takotsubo* diferente, em relação a um quadro típico de IAM, são algumas alterações anatômicas e funcionais que acometem o VE, somado a uma história clínica típica e um prognóstico altamente favorável. Em relação às alterações anatômicas-estruturais, observa-se, na síndrome de *takotsubo*, presença de balonamento apical do VE com hipercinesia compensatória basal que não acompanha os territórios vasculares na ventriculografia ou ecocardiograma. Somado ao balonamento apical do ventrículo esquerdo, ao analisar os achados angiográficos, nota-se a ausência de obstrução significativa das artérias coronárias epicárdicas ou ruptura recente de placa aterosclerótica. Em relação à história clínica, além da história de estresse físico ou emocional recente intenso, observa-se uma ausência de história recente de traumatismo cranioencefálico ou hemorragia intracraniana, feocromocitoma, doença coronariana obstrutiva, miocardite ou cardiomiopatia hipertrófica. Outros dados que contribuem para o diagnóstico incluem níveis de

marcadores cardíacos desproporcionalmente baixos em relação à intensidade da disfunção e melhora rápida da disfunção do VE.

CONCLUSÃO: A síndrome de *takotsubo* tem como causa principal história de estresse físico ou emocional, tendo um quadro clínico muito semelhante ao IAM, com dor torácica e aumento de troponina C, mas que pode ser diferenciado do infarto por meio da análise de alteração anatômica – presença de balonamento apical do VE- e achados angiográficos, como a ausência de obstrução em coronárias ou ruptura de placa aterosclerótica. Esses dados devem ser analisados em conjunto com a história clínica do paciente, a fim estabelecer o diagnóstico correto.

Palavras-Chave: Síndrome de *Takotsubo*, IAM, diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

Almeida, Gustavo Luiz Gouvêa de et al. Registro Multicêntrico de Takotsubo (REMUTA) – Aspectos Clínicos, Desfechos Intra-Hospitalares e Mortalidade a Longo Prazo. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2020, v. 115, n. 2. ISSN 1678-4170.

Campos, Felipe Alverenga Duarte et al. Factors Associated with Recurrence in Takotsubo Syndrome: A Systematic Review. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2020, v. 114, n. 3. ISSN 1678-4170.

Lemos, Alessandra Edna Teófilo et al. Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo). Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2008, v. 90, n. 1. ISSN 1678-4170.

Maciel, Bruno Araújo et al. Pseudoinfarto agudo do miocárdio devido à síndrome da disfunção ventricular apical transitória (síndrome de Takotsubo). Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2013, v. 25, n. 1. ISSN 1982-4335

YALTA, Kenan; KAYA, Caglar. Recurrent Takotsubo Cardiomyopathy: A Puzzle Yet to be Solved. Arq. Bras. Cardiol. 2020; 115(3): 590-591.

DOI: 10.36660/abc.20200140..