

SÍNDROME DO CORAÇÃO PARTIDO EM IDOSO: UM ALERTA PARA RISCOS DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Autor: Lis Maria Farias Sousa Borges¹; Coautores: Mikhael Ranier Leite Ramalho¹; Rafael de Oliveira Sousa¹; Francisco Sormanni Farias Lucena²; Orientador (a): Kelsilene Farias Lucena³.

1: Acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ), E-mail: lismariaborges@gmail.com

2: Mestrando de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), E-mail: posgraduacao@fmabc.br

3: Doutoranda de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), E-mail: posgraduacao@fmabc.br

INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia de *takotsubo*, uma nova síndrome cardíaca, caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo com dor torácica, alterações eletrocardiográficas e liberação discreta de enzimas mimetizando infarto agudo do miocárdio¹. A ventriculografia esquerda demonstra balonamento apical com hipercinesia do segmento basal do ventrículo, lembrando um halter ou *takotsubo* (armadilha utilizada no Japão para pegar polvo).

A síndrome descrita apresenta, como peculiaridade, o fato de seu desencadeamento estar ligado a alguns fatores bastante variáveis, sendo um deles o estresse. Todas as situações de estresse apresentam elevação das catecolaminas, que também podem ser causa de disfunção ventricular, como no feocromocitoma².

Apesar de a causa ser desconhecida, a estimulação simpática exagerada tem sido proposta como um fator central na fisiopatologia. Pacientes com *takotsubo* têm maiores níveis de catecolaminas que pacientes com infarto com a mesma classe Killip. Diferenças regionais na sensibilidade ou na inervação adrenérgicas devem explicar apresentações clínicas diferentes e alterações segmentares. Finalmente, algumas investigações têm sugerido que o espessamento septal é um fator primordial na fisiopatologia da síndrome pela divisão do ventrículo esquerdo, o que resulta em balonamento no ápice, promovendo um disparo secundário para liberação adrenérgica³.

Precipitada por forte estresse emocional é mais comum em mulheres com idade variando entre 60 e 75 anos, como o caso em questão⁴. O sintoma mais comum é a dor retroesternal; entretanto, alguns pacientes apresentam dispneia, choque ou apenas anormalidades eletrocardiográficas⁵.

OBJETIVOS

Relatar um caso de uma síndrome rara, conhecida como do coração partido ou Takotsubo, alertando-se para os riscos de procedimentos diagnósticos invasivos em idosos.

METODOLOGIA

O caso foi diagnosticado e conduzido no Hospital Regional do Cariri, localizado na cidade de Juazeiro do Norte-CE. O relato de caso foi desenvolvido mediante coleta de dados do prontuário da paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso foi diagnosticado e conduzido no hospital regional do Cariri, localizado na cidade de Juazeiro do Norte-CE. Paciente do sexo feminino, com 74 anos de idade, admitida proveniente de uma clínica privada, onde após sedação com Midazolam para realização de uma colonoscopia, apresentou parada cardiorrespiratória, sendo reanimada e conduzida para o pronto socorro do hospital regional do Cariri com choque cardiogênico. Na admissão já chegou entubada e com sinais de baixo débito (palidez e hipotensão). Ao exame físico, a paciente encontrava-se em estado de torpor, com palidez acentuada. À ausculta cardíaca, foram observadas bulhas rítmicas e taquicardia e à ausculta pulmonar, crepitações em até dois terços inferiores dos campos pulmonares. A paciente apresentava pressão arterial de 77 x 30 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 32 ir/m e temperatura corporal de 37°C, sem antecedentes relevantes. A eletrocardiografia realizada na admissão revelou supra desnivelamento do segmento ST em parede anterolateral, exames da admissão com aumento de troponina e CK-MB. Ecocardiograma realizado ainda na admissão mostrava: balonamento apical com hipercinesia do segmento basal do ventrículo.

Após a transferência para o CTI, apresentou grave instabilidade hemodinâmica, necessitando de aminas vasoativas por pelo menos 72 horas, em decorrência do choque prolongado, desenvolveu insuficiência renal dialítica. Após as 72 horas a paciente passou a apresentar melhora progressiva e inesperada do choque e por volta do sexto dia já estava com a pressão arterial normalizada e sem alterações no eletrocardiograma. O ecocardiograma de controle, não demonstrou mais as alterações vistas nas admissões, tendo normalizado a sua função. O conjunto destes achados permitiu o diagnóstico da síndrome do coração partido.

A Síndrome de Tako-Tsubo é rara, porém subdiagnosticada, tendo sido descrita no Japão em 1990, havendo posteriormente relatos de casos no mundo Ocidental⁶. Acomete mulheres (6:1), idosas (>60 anos), pós-menopausa, sem doença cardíaca prévia,

manifestando-se como: precordialgia típica de leve a moderada intensidade, dispneia e/ou alterações em exames laboratoriais e de imagem. Apresenta-se na maioria das vezes com quadro clínico sugestivo de IAM⁷, sendo o diagnóstico realizado no laboratório de hemodinâmica após achados angiográficos típico. Outros diagnósticos diferenciais a serem considerados são: miocardite, sepse, feocromocitoma, hemorragia subaracnóidea, etc.

Sua etiologia não está bem definida, sendo o espasmo microvascular e a injúria miocárdica direta pelas catecolaminas via receptores adrenérgicos, as principais hipóteses para explicar a disfunção sistólica apical transitória. Na maioria dos casos existe correlação prévia com um fenômeno que gere estresse físico e/ou mental, tais como: morte na família, cirurgia ou procedimentos invasivos (ex: broncoscopia, etc), ou exacerbações de doenças sistêmicas (ex: crise de asma, etc)⁸.

Exames laboratoriais: pequena elevação enzimática (CK, troponina).

- ECG: Na fase aguda: supra ST V3-V6, podendo aparecer ondas “Q”. Na fase subaguda: inversão de “T” V1-V6 (que pode se tornar muito proeminente) e prolongamento do intervalo QT corrigido. Essas alterações do ECG podem demorar vários meses para retornar ao normal, mesmo após a recuperação da função ventricular⁹.
- Ecocardiograma: acinesia ou hipocinesia severa na região apical. Normocinesia ou hipercinesia compensatória nas regiões basais. Aumento do ventrículo esquerdo. Diminuição da fração de ejeção.
- Cintilografia: Fase aguda: diminuição basal da perfusão (tálio-²⁰¹ TL) e do metabolismo de ácidos graxos (¹²³I-BMIPP), sendo a diminuição do metabolismo maior do que a diminuição da perfusão. Na fase subaguda, o distúrbio na perfusão tende a se normalizar antes do distúrbio do metabolismo, efeito semelhante ao encontrado no miocárdio atordoado pós-isquemia aguda devido à “memória isquêmica”, corroborando a teoria da isquemia microvascular como fator etiológico. • Cateterismo: ventriculografia esquerda com imagem característica; artérias coronárias sem doença obstrutiva.

A Síndrome de Tako-Tsubo apresenta excelente prognóstico, após a fase aguda, quando pode se complicar com a presença de arritmias, fenômenos tromboembólicos, disfunção ventricular esquerda e até choque cardiogênico. A recuperação ventricular ocorre normalmente após 2-3 semanas, podendo haver raramente recorrência ¹⁰.

O caso relatado apresenta evolução típica, estando a paciente assintomática após a fase aguda, tendo o ecocardiograma e a ressonância cardíaca, demonstrando recuperação total da função sistólica.

CONCLUSÕES

A síndrome de Tako-Tsubo apresenta, como peculiaridade, o fato de seu desencadeamento estar ligado a alguns fatores bastante variáveis, sendo no caso em questão, o estresse emocional de uma paciente idosa que iria se submeter a realização de uma colonoscopia para investigação diagnóstica. Todas as situações de estresse apresentam elevação das catecolaminas, que também podem ser causa de disfunção ventricular apresentada pela paciente. Alerta-se para uma avaliação criteriosa quanto à indicação de exames que eventualmente possam desencadear forte estresse emocional em idosos, o que dependendo da situação, poderá ser fatal.

REFERÊNCIAS

1. Ishikawa K. "Takotsubo" cardiomyopathy: a syndrome characterized by transient left ventricular apical ballooning that mimics the shape of bottle used for trapping octopus in Japan. Intern Med. 2004; 43 (4): 275-6.
2. Sousa JM, Knobel M, Buchelle G, Sousa JA, Fisher CH, Born D, et al. Transient ventricular dysfunction (Takotsubo cardiomyopathy). Arq Bras Cardiol. 2005; 84 (4): 340-2.
3. Van de Walle SO, Gevaert SA, Gheeraert PJ, De Pauw M, Gillebert TC. Transient stress-induced cardiomyopathy with an "inverted Takotsubo" contractile pattern. Mayo Clin Proc. 2006; 81 (11): 1499-502.
4. Bybee KA, Kara T, Prasad A, Lerman A, Barsness GW, Wright RS, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med. 2004; 141: 858-65.
5. Reeder GS. Stress-induced (Takotsubo) cardiomyopathy. [Acesso em 2005 Sept 7]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.
6. Satoh H, Tateishi H, Uchida T, et al. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure. Tokyo: Kagakuhyouronsya Co.; 1990:56-64
7. Kurisu S, Sato H, Kawagoe T, Ishihara M, Shimatani Y, Nishioka K, et al. Tako-Tsubo-like ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimicking acute myocardial infarction. Am Heart J. 2002;143:448-55.
8. Ueyama T, Kasamatsu K, Hano T, Yamamoto K, Tsuruo Y, Nishio I. Emotional stress induces transient left ventricular hypocontraction in the rat via activation of cardiac



adrenoceptors: a possible animal model of Tako-Tsubo cardiomyopathy. Jpn Circ J. 2002;66:712-13.

9. Kurisu S, Inoue I, Kawagoe T, Ishihara M, Shimatani Y, Nishioka K, et al. Myocardial perfusion and fatty acid metabolism in patients with Tako-Tsubo-like left ventricular dysfunction. J Am Coll Cardiol. 2003;41:743-48

10. Tunstall-Pedoe H, for the WHO MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. J Clin Epidemiol. 1988;41:105-14.

