



MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO UMA VARIANTE ISQUÊMICA QUE NÃO PODE SER ESQUECIDA - RELATO DE CASO

VICTOR RIBEIRO DE SANT'ANA¹; GABRIEL AUGUSTO WANDEKOKEN²; VITÓRIA JUNQUEIRA NELLI MOTA³; SELMA GUIMARAES FERREIRA MEDEIROS⁴; IGOR VALADARES SIQUEIRA⁵; MARIANA PEREIRA HAMAJI⁶

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, victorrsant16@gmail.com; ² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, gabrielwandekoken@gmail.com; ³ Universidade Anhanguera Uniderp, vitoriajunqueira97@gmail.com; ⁴ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, selguima@cardiol.br; ⁵ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, igorvaladares@gmail.com; ⁶ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, marihamaji@gmail.com

Introdução: A Miocardiopatia de Takotsubo (MT), ou cardiomiopatia induzida por estresse é uma patologia que se apresenta com uma condição clínica semelhante à síndrome coronariana aguda (SCA), contudo sem obstrução de artéria coronária epicárdica, gerando uma disfunção aguda e reversível, da porção apical do ventrículo esquerdo, sem causa definida. A importância do diagnóstico diferencial precoce de SCA, se deve pela conduta distinta entre SCA e MT. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com diagnóstico de MT. **Metodologia:** Os dados foram obtidos a partir de revisão de prontuário e revisão de literatura pela plataforma Pubmed. **Resultados:** I.F.A., 44 anos, sexo feminino, com dor precordial irradiada para membro superior esquerdo de início súbito. Nega patologias prévias, uso de medicamentos, drogas ou etilismo. Tabagista, carga tabágica 31 maços/ano. Refere ser ansiosa, porém sem relato de tratamento. Diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST em parede ântero-septal, internada com tempo de dor de 3,5h, em Killip 1, TIMI risc 1, Grace 72, Troponina de 564 ng/mL e CKMB massa de 49,4 ng/mL. A cineangiocoronariografia demonstrou artéria descendente anterior com estenose de 40%, e presença de ponte miocárdica. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciou acinesia médio-apical do ventrículo esquerdo, contratilidade preservada e presença de balonamento apical, com Fração de Ejeção (FE), pelo método Simpson, de 43%. Medicada com carvedilol, espirolactona, sinvastatina, enalapril, clopidogrel e AAS, recebendo alta em 7 dias do evento causal. Após 30 dias, realizou-se novo ECOTT, que evidenciou hipocinesia da parede apical com FE de 70%. **Conclusão:** A MT apresenta caráter transitório, com reversão da disfunção ventricular geralmente em 1 a 2 semanas. A exata fisiopatologia permanece indefinida, porém o estresse emocional é reconhecido frequentemente como o fator precipitante. É um importante diagnóstico diferencial de SCA, representado cerca de 2% dos casos com MT, que procuram o serviço de emergência com suspeita de SCA, sendo esta incidência maior entre as mulheres (10%). **Palavras-chave:** Miocardiopatia de Takotsubo; síndrome coronariana aguda; balonamento apical.

