

Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio com diagnóstico inicial de Takotsubo

LOUISE FREIRE LUIZ, LEONARDO DE CARVALHO SILVA, LUIZA MARTINS GOLDEMBERG, JOÃO RICARDO ANTUNES MARCOS, LOUISE RIBEIRO DE OLIVEIRA VAZ, CLAUDIO TINOCO MESQUITA, ARNALDO RABISCHOFFSKY, AMARINO CARVALHO OLIVEIRA JUNIOR, NELSON DURVAL FERREIRA GOMES DE MATTOS e MARCELO WESTERLUND MONTERA.

Departamento de Insuficiência Cardíaca, Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Introdução: A miocardiopatia de Takotsubo tem como forma mais comum de apresentação a associação de dor torácica com elevação enzimática, o que leva a necessidade de diferenciação com infarto agudo do miocárdio (IAM). Este caso é de um paciente com dor torácica típica e apresentação ecocardiográfica sugestiva de Takotsubo que se confirmou como IAM, após utilização de métodos de imagem de alta acurácia diagnóstica.

Relato do caso: Mulher, 71 anos, admitida na sala de emergência com dor torácica típica de início há 3 horas associada a hipotensão arterial após discussão com seu inquilino. Paciente hipertensa, dislipidêmica, portadora de fibrilação atrial, não anticoagulada apesar de CHA₂DS₂VASc 4, e com ectasia de aorta ascendente em acompanhamento. ECG em ritmo de FA, frequência de 85 bpm e inversão de onda T em parede antero-lateral (*imagem 1*), troponina positiva (0.36). Ecocardiograma (ECO) com grave disfunção de ventrículo esquerdo, acinesia anterior-apical e ínfero-apical, com hipercontratibilidade basal e aspecto de balonamento ventricular (*imagem 2*). Foi diagnosticada inicialmente como possível Takotsubo. Logo após a admissão realizou coronariografia (CAT), com obstruções laudadas como de grau moderado em terço médio de artéria descendente anterior (DA), e leve em coronária direita (CD) proximal, com ventriculografia com padrão de Takotsubo (*imagem 3*). Optou-se na sala de hemodinâmica por não abordagem das lesões. Paciente evoluiu com choque cardiogênico, confirmado através de monitorização hemodinâmica invasiva; foi iniciada dobutamina. Equipe de cirurgia cardíaca descartou suporte através de BIA devido ectasia de aorta. Foi reavaliada por equipe especializada em insuficiência cardíaca 24 horas após admissão no Hospital, que indicou revisão das lesões das coronárias através de OCT e ressonância magnética cardíaca (RMC). OCT demonstrou lesão obstrutiva de 90% com dissecação na DA e 70% de obstrução em CD, sendo realizado PTCA de ambas as lesões (*imagens 3 e 4*), evoluiu em 3 horas após procedimento com melhora expressiva do índice cardíaco, de 1.8 para 3.0 (*imagem 5*). RMC com realce tardio transmural em região septal basal, acinesia anterior e apical, sem fibrose, disfunção ventricular discreta com FEVE 48%, sem alteração de perfusão ou edema (*imagem 6*). Evoluiu em 7 dias com estabilidade clínica e normalização da função ventricular ao ECO. Com 40 dias a cintilografia com MIBG apresentou padrão de infarto antero-septal e foi negativo para Takotsubo (*imagem 7*). Sendo assim, o diagnóstico foi estabelecido como IAM sem supradesnivelamento de ST, com reperfusão espontânea, associado a extensa área de atordoamento miocárdico.

Discussão:

O diagnóstico de Takotsubo necessita da comprovação de ausência de lesão coronariana obstrutiva na região da disfunção ventricular para sua confirmação, uma vez que os achados clínicos e laboratoriais são semelhantes ao IAM. Somente basear-se no aspecto de disfunção segmentar ao ECO, pode levar a subestimar a lesão coronariana como fator causal. A utilização de métodos de imagem de alta precisão como OCT, permitem definir a presença de lesões coronarianas obstrutivas ou instáveis duvidosas ao CAT. Neste caso o uso do OCT e a confirmação pelo MIBG, foram definitivos para a mudança no diagnóstico para IAM. Este caso demonstra a necessidade de não basear o diagnóstico de Takotsubo somente na avaliação clínica e ECO, e o benefício da utilização dos métodos diagnósticos de precisão.

