

## MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO EM PUÉRPERA DE GESTAÇÃO GEMELAR: RELATO DE CASO

Ana Faria Ulhoa (anaulhoa@hotmail.com)<sup>1</sup> Yasmin Justine Borges<sup>2</sup> Luíza Pereira Lopes<sup>3</sup> Isabella Taynah Rodrigues Nogueira Dias<sup>4</sup>

(1) Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Antônio Dias (2) Médica especialista em Clínica Médica do Hospital Regional Antônio Dias (3) Acadêmica do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (4) Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Antônio Dias

Instituição participante: Hospital Regional Antônio Dias

Número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa: 4.886.485

### INTRODUÇÃO

As cardiopatias incidem em 1% das gestações e, mesmo assim, são uma das principais causas de morbimortalidade materna, além de aumentarem os riscos obstétricos e fetais. Em consequência das alterações hemodinâmicas causadas pela própria fisiologia da gestação associado à restrição ao uso de alguns fármacos de ação cardiovascular, o tratamento e acompanhamento de gestantes cardiopatas trazem peculiaridades. Por isso, em mulheres com cardiopatias já diagnosticadas, o ideal é uma avaliação médica pré-concepcional, de maneira a mediar os riscos e benefícios de uma possível gestação. Como uma das raras causas de cardiomiopatia, a Síndrome de Takotsubo (ST), conhecida também como cardiomiopatia de estresse, síndrome da disfunção ventricular apical transitória, síndrome do balonamento apical transitório do ventrículo esquerdo ou, simplesmente, síndrome do coração partido, é caracterizada por disfunção ventricular esquerda reversível. Ainda permanece uma patologia notoriamente desconhecida e pobre em estudos clínicos. Do pouco que se sabe, acredita-se que, epidemiologicamente, esta doença acomete, sobretudo, mulheres acima de 60 anos, pós-menopausa, sem doença cardíaca prévia. Embora já tenha sido relatada em pacientes mais jovens, somente 3% dos casos ocorrem em mulheres com idade inferior a 50 anos. Clinicamente, a forma mais comum, assemelha-se a uma síndrome coronariana aguda, com dor precordial, acompanhada ou não de sintomas como dispneia, palpitações e síncope. Eventualmente, se apresenta como uma emergência cardiológica, com edema agudo de pulmão, choque cardiogênico e/ou morte súbita revertida.

### OBJETIVO

Frente às lacunas ainda existentes na literatura em relação à epidemiologia, fisiopatologia, critérios diagnósticos e tratamento da Síndrome de Takotsubo em gestantes e puérperas, esse vigente trabalho visa descrever a abordagem de um caso dessa miocardiopatia e o desfecho clínico em uma situação perinatal.

### RELATO DE CASO

S.P.F, 17 anos, proveniente de outro município, G1P1A0, admitida um dia após o parto cesariano de uma gestação gemelar monocoriônica e diamniótica com 38 semanas e 5 dias de idade gestacional pela ultrassonografia (US) de 24/07/20 com 13 semanas e 5 dias, data da última menstruação (DUM) desconhecida. Paciente submetida a parto cesariano sem intercorrências em cidade de origem, com nascimento de gemelares, sendo, posteriormente, encaminhada para leito de alojamento conjunto, onde iniciou o quadro de rebaixamento súbito da consciência, sudorese e cianose. Realizado no serviço de origem, intubação orotraqueal (IOT) e iniciado aminas vasoativas. Encaminhada imediatamente ao serviço de referência para cuidados intensivos em UTI. Sem comorbidades anteriores à gestação e sem histórico de etilismo, tabagismo ou uso de outras drogas. Pré-natal com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional negligenciado, sem demais alterações. Durante os 11 dias de internação no nosso serviço, foram realizados exames de caráter laboratorial e de imagem. Evidenciado leucocitose sem desvio à esquerda, Troponina I reagente, ECG com ritmo sinusal, regular, com inversão difusa de onda T e AngioTomografia Computadorizada de tórax sem sinais de tromboembolismo pulmonar. Ao primeiro Ecocardiograma Transtorácico (EcoTT) com Doppler, foi perceptível uma hipocinesia de todo o ápice do ventrículo esquerdo (VE). Após sete dias, ao segundo EcoTT, notou-se que a função sistólica biventricular estava preservada. Diagnóstico sugerido por equipe multidisciplinar como miocardiopatia de Takotsubo. Mantida em cuidados intensivos até estabilização hemodinâmica, com posterior alta para enfermaria e alta hospitalar com orientações para seguimento com o cardiologista.

### DISCUSSÃO

A síndrome de Takotsubo é uma doença subdiagnosticada, que muitas vezes, só recebe diagnóstico mediante suas complicações. No entanto, de acordo com o *International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome*, os critérios usados para diagnosticar a doença consistem em: a) disfunção miocárdica transitória (acinesia com balonamento apical e hipercontratilidade basal, balonamento médio-ventricular, balonamento regional); b) presença de *trigger* emocional ou físico; c) comorbidade neurológica, sendo as mais comuns AVC, convulsão e hemorragia subaracnoide; d) alterações no ECG (supradesnivelamento do segmento ST e/ou inversão da onda T); e) aumento de troponina e/ou BNP; f) Ausência de miocardite infecciosa; g) Mulher > 50 anos. Não existe um fator de risco clássico associado ao seu desenvolvimento, embora a associação mais frequente parece ser a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, diabetes mellitus, tabagismo e uma história familiar de doença cardiovascular. Ainda não se sabe muito quanto a etiopatologia da doença. A teoria mais aceita, atualmente, é a de

um aumento na liberação local de catecolaminas induzida pelo estresse, produzindo espasmos cardíacos e consequentes alterações na contratilidade cardíaca através de uma lesão direta dos miócitos e vasoconstrição secundária ao aumento de cálcio, causando danos às células cardíacas e favorecendo a liberação de radicais livres. Outra hipótese cogitada é a existência de espasmos do miocárdio secundário a um distúrbio metabólico primário, caracterizado por metabolismo disfuncional dos cardiomiócitos, afetando tanto a glicose quanto o metabolismo de ácidos graxos ou devido a distúrbios mitocondriais. Paralelamente a essa conjuntura, sabe-se que o desenvolvimento da gravidez provoca no organismo materno um intrínseco estímulo hormonal que induz a transformações na fisiologia do sistema cardiovascular. Essas mudanças, entretanto, determinam uma sobrecarga hemodinâmica que pode desmascarar doenças cardíacas previamente não reconhecidas ou agravar o estado funcional de cardiopatias subjacentes. Nessa conjuntura, no intraparto, fisiologicamente, o aumento rápido de volume intravascular durante as contrações, bem como o puxo materno associado ao aumento de tônus simpático estimulado pela dor e pela ansiedade são fatores que podem desencadear tais doenças. Por isso, a compreensão das modificações hemodinâmicas, da coagulação sanguínea e respiratórias que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal são fundamentais para a interpretação do quadro clínico materno, predição dos riscos da gestação e avaliação da saúde fetal. Quando o desenlace de uma cardiopatia ocorre anterior à gestação ou no início, é possível, a partir do acompanhamento rigoroso e cuidados específicos, diminuir os riscos adjacentes a tais patologias. No entanto, no período perinatal, a maioria das cardiopatias exige cuidado clínico mais precisos e precoces. Em relação a síndrome de Takotsubo, o foco é no episódio agudo, pois a disfunção é transitória. O tratamento de suporte para complicações, como arritmias, choque e congestão pulmonar, é o mesmo que nas demais situações cardiológicas, adequando, dessa forma, as medicações apropriadas às peculiaridades da gestação e de cada paciente.

### CONCLUSÃO

Diante do exposto, com base no desfecho clínico da paciente, é imprescindível dizer que são necessários mais estudos sobre a epidemiologia, fatores de risco, quadro clínico, diagnóstico e tratamento da síndrome de Takotsubo em gestantes e puérperas, de maneira a direcionar a condução de futuros casos. Ademais, é estritamente necessário aprimorar a abordagem, tanto pré-concepcional, quanto perinatal das cardiopatias, para diminuição de possíveis intercorrências que possam aumentar o risco materno, obstétrico e fetal.

### PALAVRAS-CHAVE

Cardiopatias; Síndrome de Takotsubo; gestação.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, W. A. E. F., et al. "Disfunção ventricular apical transitória (Síndrome de Takotsubo): uma revisão da literatura." *Arq Catarin Med* 43.4 (2014): 70-6.
- FERNANDES F, Montera MW. Takotsubo Syndrome: A Recurrent Disease?. Síndrome de Takotsubo: Uma Doença Recorrente?. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(3):484-485. doi:10.36660/abc.20200080
- JELENA-RIMA Ghadri, et al.; International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part II): Diagnostic Workup, Outcome, and Management, *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 22, 7 June 2018, Pages 2047–2062, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy077>
- HOEKSTRA, Bianca Eliza, et al. "Doença de Takotsubo (síndrome do coração partido): uma doença subdiagnosticada." *Rev Bras Cardiol* 27.5 (2014): 327-32.
- Testa, C. B., Borges, V. T. M., & Bortolotto, M. R. de F. L. (2018). Cardiopatia e gravidez. *Revista De Medicina*, 97(2), 177-186. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p177-186>
- TEDOLDI CL, Freire CMV, Bub TF et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. *Arq Bras Cardiol*.2009;93(6 supl.1):e110-e178
- REIS, José Geraldo Vilela, and Gabriel Rosas. "Cardiomiopatia de Takotsubo: um diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda: revisão da literatura." *Rev Med Minas Gerais* 20.4 (2010): 594-600.
- ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. 3ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016 e alterações.