



CASO CLÍNICO

Síndrome Takotsubo após procedimento anestésico em idade pediátrica – um caso clínico



Joana Faleiro Oliveira^{a,*}, Susana Rebelo Pacheco^a, Marta Moniz^b, Pedro Nunes^b,
Clara Abadesso^b, Mónica Rebelo^c, Helena Loureiro^b, Helena Almeida^b

^a Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

^b Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

^c Unidade de Cardiologia Pediátrica, Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal

Recebido a 14 de junho de 2015; aceite a 13 de setembro de 2015

Disponível na Internet a 11 de maio de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome Takotsubo;
Miocárdio atordoado;
Idade pediátrica

Resumo A síndrome Takotsubo (STT) é uma forma adquirida e transitória de disfunção sistólica, cuja apresentação clínica e eletrocardiográfica mimetiza um enfarte agudo do miocárdio. A STT é também conhecida como miocardiopatia de stress, síndrome do «coração partido», balonamento apical, insuficiência cardíaca aguda reversível, miocárdio «atordoado» (forma neurogénica) ou miocardiopatia aguda das catecolaminas. Os autores descrevem uma apresentação rara de STT após procedimento anestésico.

Adolescente de 14 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de enxaqueca hemiplé-gica e quisto pineal, submetida a ressonância magnética (RM) cranioencefálica de controlo. Durante a indução anestésica com propofol verificou-se bradicardia, revertida com atropina, seguida de taquidistritmia ventricular, revertida com lidocaína e murro pré-cordial. Nas primeiras horas de internamento evoluiu para edema pulmonar associado a insuficiência respiratória global por disfunção ventricular esquerda aguda. O ecocardiograma transtorácico mostrou dilatação do ventrículo esquerdo com hipocinesia global e fração de ejeção reduzida (< 30%). O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal persistente e alterações inespecíficas do segmento ST. Os biomarcadores cardíacos encontravam-se elevados (troponina 2,42 ng/ml, proBNP 8248 pg/ml). Foi medicada com diuréticos, IECA, digitálico e dopamina, com melhoria clínica, bioquímica e ecocardiográfica ao quarto dia. Os ecocardiogramas subsequentes mostraram normalização da função ventricular. A doente teve alta medicada com carvedilol, que suspendeu após normalização da função cardíaca e RM cardíaca não ter revelado alterações.

Estão descritos poucos casos de STT em idade pediátrica. Alguns são desencadeados por patologia aguda do sistema nervoso central, mas nem todos cumprem os critérios de diagnóstico clássicos. Neste caso, o procedimento anestésico poderá ter desencadeado a STT.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: oliveira.joana@gmail.com (J. Faleiro Oliveira).

KEYWORDS

Takotsubo syndrome;
Stunned myocardium;
Pediatric population

Stunned myocardium after an anesthetic procedure in a pediatric patient - case report

Abstract Takotsubo syndrome (TTS) is an acquired transient type of systolic dysfunction which mimics myocardial infarction clinically and electrocardiographically. TTS is also known as stress cardiomyopathy, broken heart syndrome, apical ballooning, reversible acute heart failure, neurogenic stunned myocardium or acute catecholamine cardiomyopathy. This case report describes an uncommon presentation of myocardial stunning after an anesthetic procedure.

A 14-year-old girl with a history of pineal cyst and hemiplegic migraine was admitted for control brain magnetic resonance imaging. During anesthesia induction with propofol she suffered bradycardia, which was reversed with atropine, followed by tachyarrhythmia, reversed with lidocaine and precordial thump. Within hours she developed pulmonary edema and global respiratory failure due to acute left ventricular dysfunction. A transthoracic echocardiogram showed a dilated left ventricle with global hypokinesia and depressed left ventricular systolic function (ejection fraction <30%). The electrocardiogram showed persistent sinus tachycardia and nonspecific ST-T wave abnormalities. Cardiac biomarkers were elevated (troponin 2.42 ng/ml, proBNP 8248 pg/ml). She was placed on diuretics, angiotensin-converting enzyme inhibitors, digoxin and dopamine. The clinical course was satisfactory with clinical, biochemical and echocardiographic improvement within four days. Subsequent echocardiograms showed no ventricular dysfunction. The patient was discharged home on carvedilol, which was discontinued after normalization of cardiac function on cardiac magnetic resonance imaging.

Few cases of TTS have been described in children, some of them triggered by acute central nervous system disorders and others not fulfilling all the classical diagnostic criteria. In this case the anesthetic procedure probably triggered the TTS.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

List of abbreviations

ECG	Eletrocardiograma
IECA	Inibidor da enzima conversora da angiotensina
proBNP	pro Peptido Natriurético Cerebral
RM	Ressonância magnética
STT	Síndrome Takotsubo
VE	Ventrículo esquerdo

Introdução

A síndrome Takotsubo (STT) é uma miocardiopatia incluída nas miocardiopatias não-classificadas, forma não familiar¹. É uma forma adquirida e transitória de disfunção sistólica, cuja apresentação clínica e eletrocardiográfica mimetiza um enfarte agudo do miocárdio². A STT é também conhecida como miocardiopatia de *stress*, síndrome do «coração partido», balonamento apical, insuficiência cardíaca aguda reversível, miocárdio «atordoadado» (forma neurogénica) ou miocardiopatia aguda das catecolaminas³.

Têm sido propostos vários mecanismos fisiopatológicos, mas a hipótese mais aceite atualmente é o excesso de catecolaminas, responsável pela diminuição da contratilidade e função ventriculares¹, os quais regressam ao valor basal num período de dias a semanas⁴. O quadro clínico depende da extensão do miocárdio afetado e do

tipo de complicações associadas, podendo incluir dor torácica, dispneia, palpitações, diaforese, náuseas, vômitos ou complicações neurológicas^{1,3}.

Os autores relatam um caso de STT em idade pediátrica, após procedimento anestésico, que se manifestou sob a forma de insuficiência cardíaca e edema pulmonar agudo.

Caso clínico

Adolescente de 14 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de enxaqueca hemipléica e quisto pineal, submetida a ressonância magnética (RM) cranioencefálica de controlo. Durante a indução anestésica com propofol verificou-se bradicardia, revertida com atropina, seguida de taquidismetria ventricular, revertida com lidocaína e murro pré-cordial. Nas primeiras horas de internamento evoluiu para edema pulmonar (Figura 1) associado a insuficiência respiratória global (SaFi 156, PCO2 57 mmHg) e hipotensão (89/56 mmHg, PAS e PAD <p5). O ecocardiograma transtorácico mostrou dilatação do ventrículo esquerdo com hipocinesia global envolvendo todos os segmentos meso-basais, mas poupando o ápex, condicionando compromisso moderado a grave da função sistólica global do ventrículo esquerdo e fração de ejeção reduzida (< 30%) (Figuras 2 e 3). O eletrocardiograma (ECG) revelou taquicardia sinusal persistente e alterações inespecíficas do segmento ST em V4 e V5 (Figura 4). Os biomarcadores cardíacos encontravam-se elevados (CK total 217 UI/L, troponina I 2,42 ng/ml, pro Peptido Natriurético Cerebral [proBNP] 8284 pg/ml).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1125567>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1125567>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)