



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Supradesnivelamento do segmento ST durante anestesia geral para cirurgia não cardíaca: um caso de takotsubo



Leticia Bôa-Hora Rodrigues*, Ana Batista, Fátima Monteiro e João Silva Duarte

Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

Recebido em 29 de setembro de 2014; aceito em 28 de novembro de 2014

Disponível na Internet em 9 de julho de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Takotsubo;
Síndrome coronária aguda;
Anestesia geral;
Angina;
Infarto agudo do miocárdio;
Choque cardiogênico

Resumo

Justificativa e objetivos: A cardiomiopatia de takotsubo, também conhecida como síndrome do coração partido, é uma cardiomiopatia induzida por estresse que pode ser interpretada como uma síndrome coronária aguda, pois cursa com alterações eletrocardiográficas sugestivas. O objetivo do presente artigo é mostrar a importância de uma monitoração adequada no intraoperatório, assim como a presença de uma equipe interdisciplinar para o diagnóstico da síndrome.

Relato de caso: Doente masculino, 66 anos, com o diagnóstico de carcinoma gástrico, proposto para laparoscopia diagnóstica e possível gastrectomia. No intraoperatório durante a laparoscopia manteve sempre estabilidade hemodinâmica, porém após a conversão para cirurgia aberta apresentou elevação do segmento ST em DII e foi feito um ECG no intraoperatório que confirmou supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. Foi contactada a equipe de cardiologia, que indicou cateterismo de urgência. Como a cirurgia ainda não havia iniciado passos irreversíveis, optou-se pelo encerramento da laparotomia e o doente foi levado imediatamente para a sala de hemodinâmica. Foi feito cateterismo que não evidenciou lesão nas coronárias. O doente foi levado para o internamento, onde foi feito um ecocardiograma que mostrava disfunção sistólica ligeira a moderada, com acinesia dos segmentos médio-apicais, imagem sugestiva de balonamento apical do ventrículo esquerdo. Diante de tal achado ecocardiográfico e na ausência de lesões coronárias, foi diagnosticada síndrome de takotsubo intraoperatória.

Conclusão: Devido ao fato de o doente estar monitorado de uma forma adequada foi possível a detecção precoce do supradesnivelamento do segmento ST. A presença de uma equipe

* Autor para correspondência.

E-mail: lboahora@yahoo.com (L.B.H. Rodrigues).

KEYWORDS

Takotsubo;
Acute coronary
syndrome;
General anesthesia;
Angina;
Acute myocardial
infarction;
Cardiogenic shock

interdisciplinar favoreceu o diagnóstico precoce da síndrome. Dessa forma o doente foi novamente intervencionado de forma segura e foram tomadas as devidas medidas de segurança, para que a nova intervenção cirúrgica transcorresse sem intercorrências.

© 2015 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

ST-segment elevation during general anesthesia for non-cardiac surgery: a case of takotsubo
Abstract

Background and objectives: Takotsubo cardiomyopathy, also known as broken heart syndrome is a stress-induced cardiomyopathy, which can be interpreted as an acute coronary syndrome as it progresses with suggestive electrocardiographic changes. The purpose of this article is to show the importance of proper monitoring during surgery, as well as the presence of an interdisciplinary team to diagnose the syndrome.

Case report: Male patient, 66 years old, with diagnosis of gastric carcinoma, scheduled for diagnostic laparoscopy and possible gastrectomy. In the intraoperative period during laparoscopy, the patient always remained hemodynamically stable, but after conversion to open surgery he presented with ST segment elevation in DII. ECG during surgery was performed and confirmed ST-segment elevation in the inferior wall. The cardiology team was contacted and indicated the emergency catheterization. As the surgery had not yet begun irreversible steps, we opted for the laparotomy closure, and the patient was immediately taken to the hemodynamic room where catheterization was performed showing no coronary injury. The patient was taken to the hospital room where an echocardiogram was performed and showed slight to moderate systolic dysfunction, with akinesia of the mid-apical segments, suggestive of apical ballooning of the left ventricle. Faced with such echocardiographic finding and in the absence of coronary injury, the patient was diagnosed with intraoperative Takotsubo syndrome.

Conclusion: Because the patient was properly monitored, the early detection of ST-segment elevation was possible. The presence of an interdisciplinary team favored the syndrome early diagnosis, so the patient was again submitted to safely intervention, with the necessary security measures taken for an uneventful new surgical intervention.

© 2015 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A síndrome de takotsubo, também conhecida como síndrome do coração partido, é uma cardiomiopatia induzida por estresse, definida como disfunção transitória e segmentar do ventrículo esquerdo ou balonamento apical transitório com alterações eletrocardiográfica sugestivas de doença coronária aguda, porém com ausência de coronariopatia obstrutiva.¹ Essa síndrome simula a síndrome coronária aguda.²

A fisiopatologia da cardiomiopatia de takotsubo permanece indefinida. Muitos mecanismos têm sido propostos, incluindo isquemia miocárdica causada por espasmo epicárdico multivascular, disfunção do miocárdio induzida por aumento de catecolaminas circulantes e isquemia cardíaca decorrente de alterações na microcirculação.

A hipótese mais provável é que seja consequente à elevação aguda das concentrações séricas de catecolaminas, o que acontece após importante estresse emocional ou físico (Wittstein et al.^{3,4}) e é determinada por uma liberação anormal de catecolaminas (noradrenalina) provenientes do SNC até a inervação simpática do coração. Essa liberação irá cursar com discinesia da parede ventricular esquerda

sempre que haja uma situação de estresse.⁵ Clinicamente o doente pode apresentar dor no peito, sudorese, palpitações e alterações eletrocardiográficas sugestivas de infarto agudo do miocárdio.

Predomina em mulheres (até 95% dos casos), principalmente na pós-menopausa (com idade média entre 60 e 80 anos). Em menos de 3% ocorre em pacientes com idade inferior a 50 anos. Pela classificação do American Heart Association (2006),⁶⁻⁸ é definida como cardiomiopatia adquirida primária e corresponde a cerca de 1% a 2% dos casos de síndrome coronariana aguda, com incidência, nos Estados Unidos, em torno de 7.000 a 14.000 casos/ano.

Foi inicialmente descrita no Japão em 1990 por Sato et al.,^{1,9,10} e recebeu o nome de takotsubo pois a imagem produzida pela ventriculografia é semelhante ao recipiente usado para a captura do polvo. A descrição dessa síndrome tem aumentado e recentemente existem descrições em todo o mundo.

O diagnóstico da cardiomiopatia de takotsubo é difícil e vai depender de exames complementares de diagnóstico para a exclusão da síndrome coronária aguda, pois a sua apresentação é muito semelhante. Na sua apresentação clássica, o doente apresenta dor precordial, sudorese e

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749060>

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