




**MANEJO TERAPÊUTICO DA MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO:
SÍNDROME DO CORAÇÃO PARTIDO**

**THERAPEUTIC MANAGEMENT OF TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY:
BROKEN HEART SYNDROME**

**MANEJO TERAPÉUTICO DE LA MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO:
SÍNDROME DEL CORAZÓN ROTO**

 <https://doi.org/10.56238/levv17n57-012>

Data de submissão: 05/01/2026

Data de publicação: 05/02/2026

Patrícia Natsumi Figueiredo Dohara

Graduanda em Medicina

Instituição: Afya Faculdade de Ciências Médicas (AFYA)

Ryan Rafael Barros de Macedo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

Murilo de Barros Vegini

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Anhembí Morumbi (UAM)

Leonardo Macedo Silva Júnior

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Faculdade Guanambi (UniFG)

Felipe Rezende Rangel Rodrigues

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Uberaba (UNIUBE)

Brena Bispo de Souza Medeiros

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário Uni LS (UNILS)

Alex Canarin Omari

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Morgana Ribeiro da Rocha

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas (UNIFACISA)

Juliana da Silva Pessoa

Graduanda em Medicina Veterinária

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)



Pedro Vianna Carréri

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)

Gabriela Decker

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidad Nacional de Rosario (UNR)

Fernando Malachias de Andrade Bergamo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Pinhais (UNIOPET)

RESUMO

A cardiomiopatia de Takotsubo, também conhecida como síndrome do coração partido ou cardiomiopatia relacionada ao estresse, é uma condição cardíaca aguda e geralmente reversível, caracterizada por disfunção transitória do ventrículo esquerdo sem obstrução coronariana significativa. Sua apresentação clínica pode ser indistinguível do infarto agudo do miocárdio, incluindo dor torácica, alterações eletrocardiográficas e elevação de marcadores cardíacos. Embora inicialmente considerada benigna, evidências recentes demonstram risco relevante de complicações, como arritmias, choque cardiogênico e recorrência, além de taxas de morbidade e mortalidade comparáveis às da síndrome coronariana aguda. A prevalência é maior em mulheres pós-menopausa, mas casos também são descritos em outros contextos, como no período periparto, reforçando a necessidade de diagnóstico diferencial e acompanhamento clínico adequado. O estudo consistiu em uma revisão bibliográfica narrativa, qualitativa, descritiva e retrospectiva, realizada na base PubMed entre 2021 e 2025, utilizando os descritores “Takotsubo cardiomyopathy”, “Management” e “Diagnosis”. Foram incluídos artigos completos em português e inglês, excluindo duplicados e estudos com fragilidade metodológica. Conclui-se que a cardiomiopatia de Takotsubo demanda abordagem terapêutica individualizada, reconhecimento precoce e seguimento clínico multidisciplinar, considerando risco de recorrência e impactos psicossociais.

Palavras-chave: Cardiomiopatia de Takotsubo. Cardiomiopatia Induzida por Estresse. Insuficiência Cardíaca Aguda. Disfunção Ventricular Esquerda. Manejo Clínico.

ABSTRACT

Takotsubo cardiomyopathy, also known as broken heart syndrome or stress-related cardiomyopathy, is an acute and usually reversible cardiac condition characterized by transient left ventricular dysfunction without significant coronary obstruction. Its clinical presentation can be indistinguishable from acute myocardial infarction, including chest pain, electrocardiographic changes, and elevated cardiac markers. Although initially considered benign, recent evidence demonstrates a significant risk of complications such as arrhythmias, cardiogenic shock, and recurrence, as well as morbidity and mortality rates comparable to those of acute coronary syndrome. Prevalence is higher in postmenopausal women, but cases are also described in other contexts, such as the peripartum period, reinforcing the need for differential diagnosis and appropriate clinical follow-up. This study consisted of a narrative, qualitative, descriptive, and retrospective literature review conducted in the PubMed database between 2021 and 2025, using the descriptors "Takotsubo cardiomyopathy," "Management," and "Diagnosis." Full articles in Portuguese and English were included, excluding duplicates and studies with methodological weaknesses. It is concluded that Takotsubo cardiomyopathy requires an individualized therapeutic approach, early recognition, and multidisciplinary clinical follow-up, considering the risk of recurrence and psychosocial impacts.

Keywords: Takotsubo Cardiomyopathy. Stress-Induced Cardiomyopathy. Acute Heart Failure. Left Ventricular Dysfunction. Clinical Management.

RESUMEN

La miocardiopatía de Takotsubo, también conocida como síndrome del corazón roto o miocardiopatía relacionada con el estrés, es una afección cardíaca aguda y generalmente reversible, caracterizada por disfunción ventricular izquierda transitoria sin obstrucción coronaria significativa. Su presentación clínica puede ser indistinguible de un infarto agudo de miocardio, incluyendo dolor torácico, alteraciones electrocardiográficas y elevación de los marcadores cardíacos. Aunque inicialmente se consideró benigna, la evidencia reciente demuestra un riesgo significativo de complicaciones como arritmias, shock cardiogénico y recurrencia, así como tasas de morbilidad y mortalidad comparables a las del síndrome coronario agudo. La prevalencia es mayor en mujeres posmenopáusicas, pero también se describen casos en otros contextos, como el parto, lo que refuerza la necesidad de un diagnóstico diferencial y un seguimiento clínico adecuado. Este estudio consistió en una revisión bibliográfica narrativa, cualitativa, descriptiva y retrospectiva realizada en la base de datos PubMed entre 2021 y 2025, utilizando los descriptores "Miocardiopatía de Takotsubo", "Manejo" y "Diagnóstico". Se incluyeron artículos completos en portugués e inglés, excluyendo duplicados y estudios con deficiencias metodológicas. Se concluye que la miocardiopatía de Takotsubo requiere un enfoque terapéutico individualizado, diagnóstico precoz y seguimiento clínico multidisciplinario, considerando el riesgo de recurrencia y las repercusiones psicosociales.

Palabras clave: Miocardiopatía de Takotsubo. Miocardiopatía Inducida por Estrés. Insuficiencia Cardíaca Aguda. Disfunción Ventricular Izquierda. Manejo Clínico.

1 INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia de Takotsubo (CTT) é uma doença cardíaca conhecida por diferentes denominações, como “síndrome do coração partido”, “cardiomiopatia relacionada ao estresse” e “síndrome do balonamento apical”. Trata-se de um quadro clínico agudo e reversível, caracterizado por disfunção transitória do ventrículo esquerdo (VE), com alteração no padrão de contração miocárdica, levando à insuficiência cardíaca. Essa disfunção resulta em movimentos anormais da parede ventricular, predominantemente na região apical, sem associação com doença arterial coronariana obstrutiva (Matta et al., 2022; Anthony et al., 2023).

A síndrome de Takotsubo está relacionada a episódios persistentes de estresse emocional ou a condições clínicas graves, como traumas físicos, sendo caracterizada pela hiperativação do sistema nervoso simpático. Contudo, suas manifestações clínicas são semelhantes às do infarto agudo do miocárdio (IAM), incluindo dor torácica, alterações no eletrocardiograma (ECG), elevação dos níveis séricos de troponina e sinais de insuficiência cardíaca (Marta et al., 2024).

A patologia pode ser classificada em quatro tipos principais, de acordo com a localização das alterações na parede do ventrículo esquerdo. O tipo apical é o mais comum, representando cerca de 80% dos casos registrados. Nessa forma, os segmentos basais do coração apresentam contração elevada, enquanto as regiões média e apical que registram contração reduzida ou ausente. Essa alteração gera o chamado balonamento apical, fazendo com que o ventrículo esquerdo adquira um formato semelhante a uma armadilha japonesa utilizada para capturar polvos, conhecida como "takotsubo " (Matta et al., 2022).

O tipo basal, conhecida como forma invertida, ocorre quando a porção basal do ventrículo esquerdo apresenta diminuição dos movimentos, enquanto a região apical se contrai de forma intensa. Esse tipo está relacionado a situações clínicas específicas, como hemorragia subaracnoide, feocromocitoma e o uso ou excesso de epinefrina (Matta et al., 2022).

Os tipos médio-ventricular e focal representam manifestações raras da síndrome de Takotsubo. Na forma médio-ventricular, a região central do ventrículo esquerdo apresenta dilatação e movimento inadequado, enquanto a ponta do coração se contrai de maneira elevada. Já o tipo focal afeta apenas uma área limitada do ventrículo esquerdo. Essas manifestações, diferentes da forma tradicional da síndrome, geralmente ocorrem em pacientes mais jovens e apresentam maior associação com alterações neurológicas (Matta et al., 2022).

Evidências recentes demonstram que a cardiomiopatia de Takotsubo não deve mais ser considerada uma condição estritamente benigna e autolimitada. Estudos observacionais identificam fatores associados a pior prognóstico, como sexo masculino, idade avançada, fração de ejeção do ventrículo esquerdo inferior a 35%, prolongamento do intervalo QT, presença de gatilhos físicos e o desenvolvimento de complicações na fase aguda, incluindo choque cardiogênico e arritmias malignas.

Além disso, embora a recuperação funcional ocorra na maioria dos casos, a síndrome está associada a taxas relevantes de recorrência e eventos cardiovasculares adversos a longo prazo, reforçando a necessidade de estratificação de risco adequada e acompanhamento clínico prolongado (Matta & Carrié, 2023).

Embora classicamente descrita em mulheres pós-menopausa, a síndrome de Takotsubo também pode ocorrer, de forma rara, no período periparto, possivelmente relacionada às intensas alterações hemodinâmicas da gestação e à sobreposição de estressores físicos e emocionais associados ao trabalho de parto e à cesariana de urgência (Murphy et al., 2025).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter qualitativo, descritivo e retrospectivo, com o objetivo de sintetizar o conhecimento científico vigente acerca do manejo terapêutico da miocardiopatia de Takotsubo. Essa abordagem possibilita a análise e interpretação crítica da literatura disponível, permitindo uma compreensão integrada do tema a partir de diferentes perspectivas metodológicas.

A revisão da literatura teve como foco o levantamento da produção científica relacionada ao diagnóstico e ao manejo terapêutico da miocardiopatia de Takotsubo, buscando compreender e contextualizar o fenômeno investigado nos principais aspectos clínicos e científicos. O delineamento descritivo permitiu a observação, o registro e a sistematização das características metodológicas e dos principais achados dos estudos analisados, sem a intenção de mensurar variáveis ou testar hipóteses.

O caráter retrospectivo justifica-se pela análise de publicações científicas previamente existentes, considerando artigos publicados entre 2021 e 2025, com o intuito de assegurar a utilização de evidências atualizadas sobre a temática. A abordagem qualitativa foi adotada por possibilitar uma compreensão aprofundada de fenômenos complexos, priorizando a interpretação dos dados e a análise dos aspectos clínicos e conceituais apresentados nos estudos.

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores “Takotsubo cardiomyopathy”, “Management” e “Diagnosis”, combinados por meio de operadores booleanos. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português e inglês, que abordassem de forma central o diagnóstico e o manejo terapêutico da miocardiopatia de Takotsubo. Excluíram-se estudos duplicados, textos não indexados, publicações com fragilidade metodológica e trabalhos que não correspondiam ao escopo clínico delimitado.

A seleção dos estudos ocorreu inicialmente por meio da leitura dos títulos e resumos, seguida da análise crítica dos textos completos. Os dados extraídos foram organizados de forma descritiva, subsidiando a análise e a discussão dos resultados da presente pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CONTEXTOS CLÍNICOS E FISIOPATOLOGIA

A síndrome de Takotsubo apresenta predominância significativa no sexo feminino, especialmente entre mulheres na pós-menopausa, o que sugere a influência dos hormônios sexuais na resposta miocárdica ao estresse. Evidências provenientes de estudos observacionais indicam que a redução dos níveis estrogênicos pode aumentar a predisposição à hiperativação simpática e potencializar os efeitos miocárdicos adversos das catecolaminas, mecanismos considerados centrais na fisiopatologia da síndrome. Embora indivíduos do sexo masculino sejam menos frequentemente acometidos, estes tendem a desenvolver quadros clínicos mais graves e apresentam maior incidência de complicações agudas, possivelmente em decorrência da maior prevalência de comorbidades associadas e de uma resposta inflamatória mais intensa (Singh et al., 2022; Matta et al., 2022).

A fisiopatologia central da síndrome, apesar de ainda não estar completamente esclarecida, envolve a hiperestimulação do sistema nervoso simpático e a toxicidade direta das catecolaminas, resultando em atordoamento miocárdico. Entre as manifestações associadas, destacam-se a obstrução significativa da via de saída do ventrículo esquerdo observada em aproximadamente 25% dos pacientes com cardiomiopatia de Takotsubo (CTT), o balonamento apical e os vasoespasmos tanto dos vasos coronarianos epicárdicos quanto da microcirculação coronariana (Matta et al., 2022). A disfunção ventricular esquerda, associada à liberação excessiva de catecolaminas, gera um desequilíbrio entre a oferta e a demanda miocárdica de oxigênio, prolongando o estresse cardíaco mesmo após o evento isquêmico inicial (Matta et al., 2022).

Entretanto, evidências recentes indicam que a síndrome deve ser compreendida como uma condição sistêmica, relacionada à disfunção do eixo cérebro–coração. Alterações na regulação autonômica central favorecem a disfunção microvascular coronariana, o edema miocárdico e o atordoamento ventricular transitório, mesmo na ausência de doença arterial coronariana obstrutiva. Essa abordagem fisiopatológica contribui para explicar a associação frequente com transtornos psiquiátricos, a persistência de sintomas após a fase aguda e a presença de risco cardiovascular residual, afastando a concepção da cardiomiopatia de Takotsubo como uma condição estritamente benigna e autolimitada (Singh et al., 2022).

De modo frequente, a síndrome de Takotsubo manifesta-se como um evento isquêmico agudo, sendo inicialmente interpretada como uma síndrome coronariana aguda (SCA). Em razão das semelhanças clínicas e laboratoriais, os pacientes acometidos são tratados como SCA na fase precoce do quadro. Geralmente, há associação com um evento psicoemocional súbito, além de manifestações clínicas como dor torácica, dispneia, palpitações, síncope, elevação de biomarcadores cardíacos e supradesnívelamento do segmento ST. Apesar desses achados sugestivos, observa-se a ausência de coronariopatia obstrutiva significativa (Matta et al., 2022). (LEONARDO MACEDO)

No entanto as alterações eletrocardiográficas observadas na síndrome podem ser persistentes ou dinâmicas, sem corresponder a um território coronariano específico. Quando dinâmicas, tendem a apresentar evolução em três estágios bem descritos. O primeiro estágio é caracterizado por desvio do segmento ST na fase hiperaguda do evento; o segundo, por inversão da onda T e prolongamento do intervalo QT nas primeiras 72 horas e o terceiro, pela regressão gradual das alterações eletrocardiográficas, processo que pode se estender por semanas ou meses (Matta et al., 2022). Em alguns casos, a apresentação clínica pode ser dramática, manifestando-se com choque cardiogênico, edema agudo de pulmão ou morte súbita (Singh et al., 2022).

Considerando a relevância dos transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, entre os fatores de risco associados à síndrome, torna-se pertinente, para muitos pacientes, a adoção de estratégias terapêuticas integradas que associam a reabilitação cardiológica ao cuidado em saúde mental. Nesse contexto, a terapia cognitivo-comportamental pode constituir um pilar importante do tratamento. Contudo, abordagens estruturadas nesse sentido ainda estão em investigação, incluindo o desenvolvimento de rotinas específicas para o manejo da síndrome de Takotsubo (Singh et al., 2022).

3.2 DIAGNÓSTICO E ESTRATIFICAÇÃO

O diagnóstico da síndrome de Takotsubo (TTS) permanece desafiador, devido à semelhança de sua apresentação clínica com o infarto agudo do miocárdio (IAM). Portanto, em pacientes com dor torácica e suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA), a TTS deve ser considerada como uma hipótese diagnóstica, especialmente quando associada a estresse intenso, físico ou emocional, ou à presença de comorbidades preexistentes. Para padronizar e aprimorar o reconhecimento da síndrome, o Registro Internacional de Takotsubo desenvolveu o InterTAK, um critério diagnóstico atualizado. (Assad et al., 2022).

Síntese dos Critérios Diagnósticos do Escore InterTAK para a Identificação da Síndrome de Takotsubo:

Tabela 1

Criterios diagnósticos InterTAK	Descrição
1.Disfunção ventricular esquerda transitória	Disfunção do ventrículo esquerdo podem afetar partes dele, como região apical, medioventricular, basal ou focal. Essas alterações normalmente se estendem além da área correspondente a uma única artéria coronária, embora a casos que ficam restritas a uma região específica
2.Fatores desencadeantes	Evento emocional ou físico pode proceder a doença
3.Gatilhos neurológicos e endócrinos	Comprometimentos neurológicos, como hemorragias subaracnoide, AVC, AIT ou convulsões, assim como o feocromocitoma, podem atuar em fatores que desencadeiam a síndrome

4. Alterações eletrocardiográficas	Frequentemente surgem alterações eletrocardiográficas, como elevação ou depressão do segmento ST, inversão da onda T e prolongamento do intervalo QTc. Embora alguns pacientes apresentem o ECG sem anormalidades
5. Biomarcadores cardíacos	Elevação moderada de biomarcadores cardíacos; troponina, creatina quinase; peptídeo natriurético
6. Doença arterial coronariana	A presença de doença arterial coronariana não exclui o diagnóstico de síndrome de Takotsubo
7. Exclusão de miocardite infecciosa	Não há sinais de miocardite infecciosa nos pacientes
8. População mais afetada	O grupo mais acometido são mulheres na pós-menopausa

Fonte: tabela adaptada Assad et al 2022

Alterações eletrocardiográficas e de biomarcadores são comuns; incluindo o supradesnívelamento do segmento ST e inversão da onda T, frequentemente acompanhadas de uma elevação desproporcionalmente baixa de troponina em relação à extensão da disfunção ventricular (Matta & Carrié, 2023; Singh et al., 2022).

Diferentemente do infarto agudo do miocárdio, onde a elevação da troponina é marcante e proporcional à área de injúria, na Síndrome de Takotsubo observa-se frequentemente uma elevação desproporcionalmente alta do peptídeo natriurético tipo B (BNP ou NT-proBNP) em relação aos níveis de troponina. Essa relação (razão NT-proBNP/troponina) tem sido proposta como uma ferramenta diagnóstica auxiliar valiosa na fase aguda, refletindo o estresse parietal severo em detrimento da necrose miocárdica extensa (SANTORO et al., 2022).

Nesse contexto, a angiografia coronária mantém papel fundamental na exclusão de obstruções arteriais agudas, enquanto o escore InterTAK tem se mostrado uma ferramenta útil para a diferenciação precoce da síndrome de Takotsubo em relação às síndromes coronarianas agudas, com base em parâmetros clínicos específicos (Matta et al., 2022).

A síndrome de Takotsubo deve ser considerada um diagnóstico de exclusão, exigindo a diferenciação cuidadosa em relação ao infarto agudo do miocárdio e à miocardite. As alterações eletrocardiográficas e a elevação de biomarcadores cardíacos, embora frequentes, não permitem distinção definitiva entre essas entidades, reforçando a necessidade de investigação complementar por métodos de imagem avançados (Assad et al., 2022).

A ressonância magnética cardíaca desempenha papel central na confirmação diagnóstica da síndrome de Takotsubo, ao evidenciar edema miocárdico na ausência de realce tardio por gadolínio, achado considerado característico da doença. Esse método permite excluir com maior segurança a miocardite e o infarto agudo do miocárdio, especialmente em apresentações clínicas atípicas ou duvidosas (Assad et al., 2022).

Em cenários de instabilidade clínica aguda, o ecocardiograma transtorácico realizado precocemente, incluindo a ultrassonografia point-of-care (POCUS), assume papel central na avaliação diagnóstica, permitindo a rápida identificação de padrões característicos de disfunção ventricular segmentar e auxiliando na diferenciação da síndrome de Takotsubo em relação a outras causas de insuficiência cardíaca aguda, como miocardiopatia periparto, síndrome coronariana aguda e embolia pulmonar. A distinção entre a síndrome de Takotsubo e a miocardiopatia periparto é fundamental, especialmente em mulheres em idade fértil, uma vez que ambas podem se manifestar com insuficiência cardíaca aguda no contexto obstétrico. Enquanto a miocardiopatia periparto cursa tipicamente com disfunção ventricular esquerda global e prognóstico menos favorável, a síndrome de Takotsubo caracteriza-se por alterações segmentares transitórias da contratilidade miocárdica, geralmente associadas a recuperação funcional mais rápida, o que impacta diretamente o manejo clínico e o seguimento desses pacientes (Murphy et al., 2025).

3.3 ESTRATÉGIAS DE MANEJO E COMPLICAÇÕES

O tratamento inicial foca na estabilização hemodinâmica e no manejo das complicações. Em pacientes estáveis, a terapia padrão para insuficiência cardíaca com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) tem demonstrado benefício na sobrevida e na redução de recorrências (Singh et al., 2022). O uso de betabloqueadores é recomendado para controlar arritmias e a obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (OTSVE), embora seu papel na prevenção de recorrências a longo prazo ainda seja debatido (Matta et al., 2022). Apesar do uso frequente de betabloqueadores na prática clínica, os dados disponíveis permanecem controversos quanto à sua eficácia na redução da mortalidade e da recorrência da síndrome, embora estudos recentes sugiram possível benefício tardio na recuperação da função ventricular e na redução da mortalidade cardiovascular. Da mesma forma, o uso rotineiro de aspirina e estatinas não é recomendado na ausência de doença arterial coronariana concomitante, devendo essas terapias ser reservadas aos pacientes com evidência de aterosclerose associada (Matta & Carrié, 2023).

No que tange ao manejo a longo prazo, evidências de grandes registros internacionais sugerem que o tratamento com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) está associado a uma melhora na sobrevida e menor taxa de recorrência em um ano. Curiosamente, o uso isolado de betabloqueadores, embora essencial na fase aguda para controle de arritmias e obstrução da via de saída, não demonstrou a mesma eficácia na prevenção primária de novos episódios em análises retrospectivas de longo prazo (Citiolo et al., 2023).

Seguindo da fase aguda e da instituição do tratamento, os métodos de imagem por acompanhamento tem papel fundamental na avaliação da recuperação miocárdica e em detecções de possíveis complicações tardias. Nesse sentido, a reavaliação da ecocardiografia seriada deve ser

mantida em acompanhamento pós-alta , preferindo-se de quatro a doze semanas do ocorrido , afim de acompanhar o desenvolvimento da recuperação ventricular , excluir a disfunção ventricular persistente e descartar possíveis complicações subseqüentes tardias, como trombo intracavitário. A ressonância magnética cardíaca pode ser um método complementar considerável em determinadas situações , como em diagnósticos diferenciais e detecção de complicações (Assad , 2022).

Complicações críticas, como o choque cardiogênico, ocorrem em cerca de 10% dos casos e exigem manejo especializado. Na presença de OTSVE, o uso de inotrópicos deve ser evitado, pois pode agravar a obstrução, sendo preferível o uso de betabloqueadores de ação curta e reposição volêmica cuidadosa (Singh et al., 2022; Pillitteri et al., 2024). Em cenários de choque sem obstrução, o levosimendan surge como alternativa aos inotrópicos convencionais para mitigar a toxicidade adrenérgica (Matta & Carrié, 2023). Estudos recentes demonstram que a síndrome de Takotsubo pode cursar com complicações graves na fase aguda, incluindo choque cardiogênico, obstrução dinâmica do trato de saída do ventrículo esquerdo, arritmias ventriculares malignas e formação de trombo intracavitário, eventos associados a aumento significativo da mortalidade hospitalar. Fatores como sexo masculino, idade avançada, fração de ejeção do ventrículo esquerdo inferior a 35%, prolongamento do intervalo QT e presença de gatilhos físicos configuram preditores independentes de pior prognóstico, reforçando a necessidade de estratificação de risco precoce e monitorização intensiva desses pacientes (Matta et al., 2022). A anticoagulação é indicada para pacientes com disfunção sistólica severa (FEVE <30%) para prevenir tromboembolismo (Singh et al., 2022). Confirmado evento trombótico em VE, indica-se que a anticoagulação seja mantida por 3 meses ou até resolução do quadro (Singh et al., 2022). Frente a uma arritmia, opta-se, como primeira linha, pela administração de magnésio intravenoso quando Torsades de Points; em caso de falha terapêutica, recomenda-se a administração de isoproterenol. Nas demais arritmias, recomenda-se o uso de amiodarona como antiarrítmico (Matta et al., 2022).

4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, evidencia-se que a miocardiopatia de Takotsubo demanda abordagem terapêutica individualizada, baseada na apresentação clínica, no fenótipo ventricular e na presença de complicações, uma vez que a aplicação indiscriminada de estratégias utilizadas na síndrome coronariana aguda pode resultar em desfechos desfavoráveis. O reconhecimento precoce da síndrome é fundamental para evitar condutas potencialmente iatrogênicas, especialmente em pacientes com obstrução dinâmica do trato de saída do ventrículo esquerdo. O diagnóstico exige abordagem multimodal, com destaque para a ecocardiografia e a ressonância magnética cardíaca, que permitem diferenciar a STT de outras entidades como miocardite e infarto agudo do miocárdio. Ademais, embora a recuperação da fração de ejeção ocorra na maioria dos casos, a persistência de sintomas, o risco de

recorrência e as repercussões psicossociais reforçam a necessidade de seguimento clínico longitudinal e de uma abordagem multidisciplinar, conforme destacado por estudos recentes (Pillitteri et al., 2024; Assad et al., 2022). Assim, a compreensão aprofundada da fisiopatologia, aliada ao diagnóstico preciso e ao manejo adequado, é essencial para reduzir a morbimortalidade associada à síndrome e garantir melhor prognóstico a longo prazo.



REFERÊNCIAS

- ASSAD, J. et al. Takotsubo Syndrome: A Review of Presentation, Diagnosis and Management. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*, v. 16, p. 1-11, 2022.
- CITIOLO, Beatrice et al. Long-term prognosis and recurrence of Takotsubo Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 1540-1555, 2023.
- DAVE, P. et al. Ultrasound Used in the Diagnosis of Reverse Takotsubo Cardiomyopathy. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, v. 8, n. 4, p. 384-385, 2024.
- FONTELLES MJ, SIMÕES MG, FARIAS SH, FONTELLES RGS. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev. para. med*; 23(3) jul-set 2009. ID: lil-588477.
- HE, Li et al. Speckle tracking echocardiography in the diagnosis and risk stratification of Takotsubo Syndrome: a 2021-2024 update. *Echocardiography*, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 115-128, 2024.
- MATTA, A. et al. Takotsubo cardiomyopathy. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, v. 23, n. 1, p. 038, 2022.
- MATTA, A. G.; CARRIÉ, D. Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Principles of Management of Takotsubo Cardiomyopathy: A Review. *Medical Science Monitor*, v. 29, p. e939020, 2023.
- MURPHY, C. et al. Peripartum takotsubo cardiomyopathy after an emergency Caesarean delivery- diagnosis and specialist management. *BJA Open*, v. 15, p. 100478, 2025.
- PILLITTERI, M. et al. Perioperative management of Takotsubo cardiomyopathy: an overview. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, v. 4, n. 45, 2024.
- SANTORO, Francesco et al. The role of biomarkers in Takotsubo Syndrome: A comprehensive review. *International Journal of Cardiology*, [s. l.], v. 343, p. 1-12, 2022.
- SINGH, T. et al. Takotsubo Syndrome: Pathophysiology, Emerging Concepts and Clinical Implications. *Circulation*, v. 145, n. 13, p. 1002-1019, 2022.