**SÍNDROME DE TAKO TSUBO UMA VARIANTE ISQUÊMICA QUE NÃO PODE SER ESQUECIDA: RELATO DE CASO.**

IGOR CAIO ALFENA ARAKAKI1; SELMA GUIMARÃES FERREIRA2; FERNANDA A. ANDRADE3; JORGE NAGATA JUNIOR4; MARLOS MOTA FERNANDES5; ANA CARULINA GUIMARÃES6; BRUNA DE SOUZA GAMEIRO7; MATEUS PRADEBON TOLENTINO8; NATASCHA DE ALMEIDA NETTO 9; NELSON PASSAIA JUNIOR10

1 HUMAP-UFMS, igorcaio3@hotmail.com; 2 HUMAP-UFMS, selguima@yahoo.com.br; 3 HUMAP-UFMS, aandradefernanda@gmail.com; 4 HUMAP-UFMS, jorgenagata@hotmail.com; 5 HUMAP-UFMS, marlos.mota@hotmail.com; 6 HUMAP-UFMS, anacarulina@hotmail.com; 7 HUMAP-UFMS, brunagameiro@yahoo.com.br; 8 HUMAP-UFMS, mateus\_pradebon@hotmail.com; 9 HUMAP-UFMS, nataschanett@hotmail.com; 10 HUMAP-UFMS, nelsonpassaia@yahoo.com.br

**Introdução**: A Cardiomiopatia de Takotsubo (CT), foi relatada pela 1ª vez no Japão há 27 anos por Hiraku Sato. Conhecida como cardiomiopatia induzida por estresse, discinesia apical transitória ou síndrome do coração partido. **Revisão de Literatura :**A CT é uma doença capaz de mimetizar uma síndrome coronariana aguda (SCA) na ausência de obstrução de artéria coronária epicárdica, gerando uma disfunção aguda reversível do ventrículo esquerdo de causa desconhecida. Há quase que completa resolução da acinesia apical na maioria dos casos dentro de um mês. Entre os que procuram o serviço de emergência com suspeita de SCA, em geral 2% são diagnosticados com CT, sendo esta incidência maior entre as mulheres (10%). A doença predomina na faixa etária de 65-70 anos, com distribuição global. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com diagnóstico de CT. **Material e Métodos:** Os dados foram obtidos a partir de revisão de prontuário e revisão de literatura realizada na plataforma Pubmed. **Resultado e Discussão**: Mulher. 44 anos, com dor precordial irradiada para membro superior esquerdo de início súbito. Nega comorbidades, uso de medicamentos, drogas ou etilismo. Tabagista (31 anos-maço), ansiosa, sem tratamento específico e sem registro de evento estressor prévio. Suspeitado de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST em parede ântero-septal, sendo encaminhada ao hospital com tempo de dor de 3,5h, em Killip 1, TIMI risk 1, Grace 72, Crusade 24. Troponina de 564 ng/mL e CKMB massa de 49,4ng/mL. A cineangiocoronariografia demonstrou artéria descendente anterior com estenose de 40%, e presença de ponte miocárdica. No ecocardiograma transtorácico (ECOTT) apresentava acinesia médio-apical do ventrículo esquerdo, com contratilidade preservada em segmentos basais e presença de balonamento apical, com Fração de Ejeção (FE) por Simpson de 43%. Medicada com carvedilol, espironolactona, sinvastatina, enalapril, ranitidina, clopidogrel, AAS e alta após 7 dias do evento. Após 30 dias, novo ECOTT com hipocinesia da calota apical com FE de 70%. **Conclusão**: A CT esteve associada ao desenvolvimento de disfunção ventricular aguda, com recuperação após o tratamento medicamentoso em 1 mês.

**Palavras-chave**: Síndrome Coronariana Aguda; Cardiomiopatia Takotsubo; Disfunção Ventricular Aguda.