

# Síndrome de Takotsubo: Um Relato de Caso

## RESUMO

**Introdução:** A Síndrome ou Cardiomiopatia de Takotsubo (CMT) caracteriza-se pela disfunção sistólica regional e transitória do ventrículo esquerdo (VE). Trata-se de importante etiologia no diagnóstico diferencial de dor torácica, capaz de mimetizar o quadro clínico de síndrome coronariana aguda (SCA), na ausência de evidências de doença arterial obstrutiva (DAC) ao exame angiográfico. Acomete em 90% dos casos mulheres, em especial no período pós-menopausa. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso que objetiva trazer a CMT como diferencial de SCA e discutir suas particularidades, a fim de ampliar o conhecimento visando melhoria de condições da saúde para a população. **Relato de Caso:** A.L.S, feminino, 55 anos, pós-menopausa, com história de hipertensão arterial e transtorno de ansiedade generalizada, admitida com precordialgia típica iniciada após estresse emocional. Suscitada inicialmente hipótese de SCA, corroborada por alterações eletrocardiográficas e curva enzimática de marcadores de necrose miocárdica (MNM) compatíveis. Cateterismo cardíaco (CATE) demonstrou artérias coronárias isentas de ateromatose obstrutiva; ventriculografia esquerda, presença de hipocinesia anterior e apical, achados que afastam o diagnóstico inicial e sugerem CMT. Evoluiu na internação com estabilidade hemodinâmica, recuperação plena da função miocárdica contrátil e melhora da dor torácica. **Discussão:** À admissão, suscitou-se a hipótese diagnóstica de infarto agudo de miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (IAMSST). A ausência de ateromatose obstrutiva ao CATE, contudo, afastou a possibilidade de IAMSST e reforçou CMT como etiologia mais provável do quadro, uma vez que é capaz de mimetizar uma SCA, porém sem obstrução aterotrombótica coronariana. A hipótese de CMT deve ser aventada como diagnóstico diferencial de SCA, sobretudo em mulheres na pós-menopausa. A paciente apresentou achados típicos ao ECO e à ventriculografia, tais quais presença de hipocinesia do segmento apical e médio do VE e de hipercinesia em segmentos basais, conferindo o aspecto clássico de balonamento apical ou “armadilha de polvo” que dá nome à doença - do japonês Takotsubo. Ao CATE, descartadas doença coronariana obstrutiva ou ruptura aguda de placa ateromatosa. A estratégia terapêutica estruturou-se, basicamente, em suporte hemodinâmico e controle de eventuais complicações. Conforme o exposto, o caso relatado apresenta características compatíveis com a CMT, desde sua apresentação clínica à admissão até a evidência de anormalidades da parede do VE no estudo com ventriculografia, e ausência de sinais de patologia obstrutiva ao estudo da cineangiocoronariografia, o que

corroborar com o padrão descrito pela literatura desta patologia. **Resultados:** O presente relato possibilitou um aprofundamento teórico acerca do tema e a disseminação na comunidade médica e acadêmica das peculiaridades desta síndrome. **Conclusão:** A partir da semelhança entre os cursos clínicos da cardiomiopatia de Takotsubo e do infarto agudo do miocárdio, destaca-se a relevância da CMT como diagnóstico diferencial de dor torácica. Assim sendo, faz-se necessário conhecer seus aspectos epidemiológicos, clínicos e radiológicos.

**Palavras-chave:** Cardiomiopatia de Takotsubo; Disfunção Ventricular Esquerda; Síndrome Coronariana Aguda; Dor torácica; Estresse Psicológico.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The Takotsubo Syndrome or Cardiomyopathy (CMT) is characterized by regional and transient left ventricular systolic dysfunction. It is an important etiology in the differential diagnosis of chest pain, since it is able to mimic the clinical presentation of acute coronary syndrome (ACS), in the absence of evidence of obstructive arterial disease (CAD) at angiographic examination. It affects women in 90% of the cases, especially those in postmenopause. This condition does not have a well-established etiopathogenesis. **Methodology:** This is a case report that aims to bring CMT as a differential diagnosis of ACS and discuss its particularities, in order to expand knowledge aimed at improving health conditions for the population. **Case Report:** A.L.S, female, 55 years old, postmenopausal, with a history of hypertension and generalized anxiety disorder, admitted with typical precordialgia triggered by emotional stress. The first hypothesis raised was of ACS, corroborated by the electrocardiographic findings and the enzymatic curve of myocardial necrosis markers (MNM). Cardiac catheterization (CATH) demonstrated that coronary arteries were free from obstructive atheromatosis, and left ventriculography, presence of anterior and apical hypokinesia, imaging findings that rule out the initial diagnosis and suggest CMT. Evolved on hospitalization with hemodynamic stability, full recovery of contractile myocardial function and improvement of chest pain. **Discussion:** The clinical presentation of the patient at admission raised the diagnostic assumption of an acute myocardial infarction without ST segment elevation (NSTEMI). The absence of obstructive atheromatosis at CATH, however, ruled out the possibility of NSTEMI and reinforced CMT as the most likely etiology of the condition, since it is capable of mimicking ACS, but without coronary atherothrombotic obstruction. The hypothesis of CMT should be considered as a differential diagnosis of ACS, especially in postmenopausal women. The patient presented typical imaging findings on

ecodopplercardiography and ventriculography, such as the presence of hypokinesia in the apical and middle segment of the left ventricle (LV) and hyperkinesia in basal segments, giving the classic aspect of apical ballooning or “octopus trap” that gives the name to the disease - from Japanese Takotsubo. Through CATH obstructive coronary disease or acute rupture of atheromatous plaque were excluded. The therapeutic strategy was basically structured on hemodynamic support and control of possible complications. As stated, the reported case has characteristics compatible with CMT, from its clinical presentation at admission to the evidence of abnormalities of the LV wall in the study with ventriculography, and absence of signs of obstructive pathology to the study of coronary angiography, which corroborates with the pattern described by the literature of this pathology. **Results:** This report made possible a theoretical deepening on the theme and the dissemination in the medical and academic community of the peculiarities of this syndrome. **Conclusion:** Based on the similarity between the clinical courses of Takotsubo Cardiomyopathy and Acute Myocardial Infarction, the relevance of CMT as a differential diagnosis of chest pain is highlighted. Therefore, it is necessary to know its epidemiological, clinical and radiological aspects.

**Key Words:** Takotsubo Cardiomyopathy; Ventricular Dysfunction, Left; Acute Coronary Syndrome; Chest pain; Psychological Stress.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome ou Cardiomiopatia de Takotsubo (CMT), também conhecida como Síndrome do Balonamento Apical, Cardiopatia Induzida por Estresse ou Síndrome do Coração Partido, caracteriza-se pela disfunção sistólica regional e transitória do ventrículo esquerdo (VE) (BOUNHOURE, et al., 2012). Trata-se de importante etiologia no diagnóstico diferencial de dor torácica, uma vez que é capaz de mimetizar o quadro clínico de infarto agudo do miocárdio (IAM), principalmente na ausência de evidências de doença arterial obstrutiva (DAC) ao exame angiográfico.

Acomete em 90% dos casos mulheres, em especial no período pós menopausa, com a média de 66,4 anos (REIS, et al., 2010). Esta condição não tem etiopatogenia bem estabelecida, no entanto, mecanismos postulados incluem liberação maciça de catecolaminas, disfunção microvascular e espasmo da artéria coronária como possíveis mecanismos. (MONTEIRO, 2018). Descrita na literatura pela primeira vez em 1991, a síndrome aqui abordada tem

associação, em sua grande maioria, com fatores psicossociais do paciente, que passa a apresentar queixas clínicas após situações de estresse emocional.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo relata o caso de uma paciente com Síndrome de Takotsubo e objetiva trazer evidência a este diagnóstico como diferencial de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e discutir as particularidades da condição clínica frente à comunidade médica, a fim de ampliar o conhecimento visando melhoria de condições da saúde para a população.

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de entrevista com a paciente, revisão dos prontuários físico e eletrônico, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetida, bem como revisão da literatura.

## **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Declaramos que todos os autores participaram da concepção, análise, interpretação de dados, redação e revisão crítica do artigo. Declaramos, também, que o artigo nunca foi publicado ou enviado para publicação em outro meio de comunicação. Negamos conflitos de interesse de qualquer natureza.

Declaramos que a paciente foi esclarecida quanto à natureza, o objetivo e os riscos da participação neste artigo, sendo esta de caráter voluntário e de comum acordo entre ambas as partes mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias que consta em anexo neste documento (Anexo 1). Para minimizar tais riscos, esse grupo de pesquisa se compromete a limitar o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), e assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima e prestígio. Foram ocultados os nomes dos pesquisadores no TCLE, a fim de não haver identificação dos autores no trabalho submetido.

## **RELATO DE CASO**

A.L.S, sexo feminino, 55 anos, parda, pós-menopausa sem uso de terapia de reposição hormonal (TRH), foi admitida com quadro de dor torácica típica iniciado há 1 hora, após exposição a estresse emocional intenso. Queixava-se de precordialgia constritiva, progressiva, de forte intensidade com irradiação para membro superior esquerdo e dorso, associada à

parestesia de extremidades em membro superior esquerdo. Relatava histórico de hipertensão arterial, dislipidemia e transtorno de ansiedade generalizada sem tratamento regular. Negava consumo de cocaína, álcool e de outras substâncias ilícitas. Negava história recente de síndrome gripal. Ao exame físico, apresentava regular estado geral, fâcies de dor, palidez cutâneo-mucosa moderada, diaforese, normotensão, taquipneia e taquicardia leves. Não foram observadas diferenças de pulsos ou outras alterações cardiovasculares e respiratórias relevantes.

À admissão, o eletrocardiograma (ECG) revelou ritmo cardíaco sinusal com inversão difusa de onda T, sem alterações do segmento ST ou apresentação de onda Q, morfologia e amplitude do complexo de despolarização ventricular dentro da normalidade (figuras 1). A radiografia de tórax nas incidências anteroposterior e perfil não revelou alterações. A dosagem seriada de marcadores de necrose miocárdica (MNM) evidenciou pico de CK-MB massa de 17,5 e Troponina I Cardíaca (cTnI) 4,150 (tabela 1), com posterior queda.

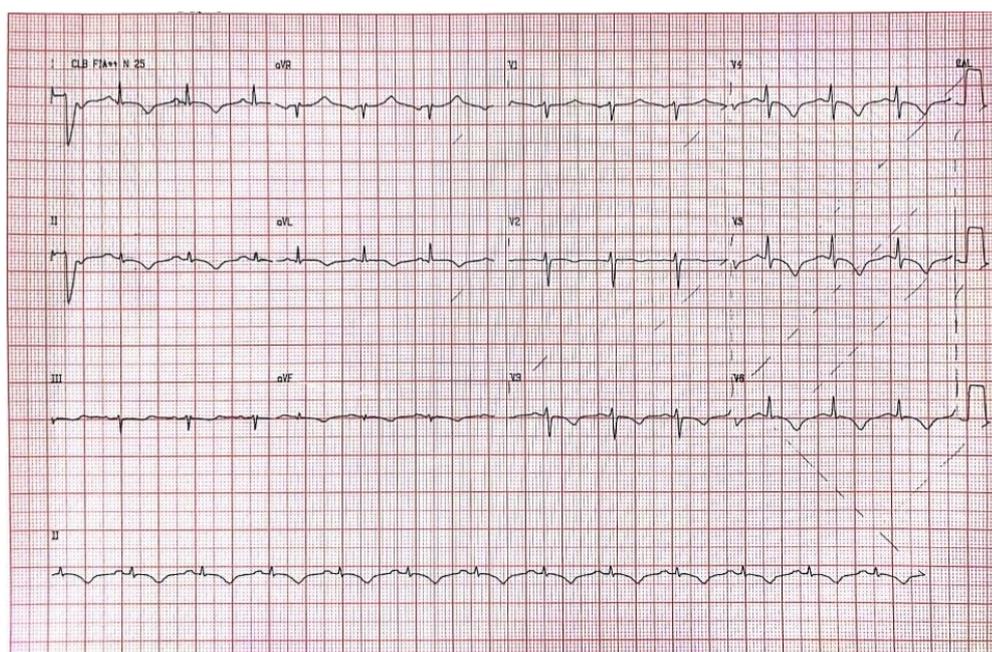
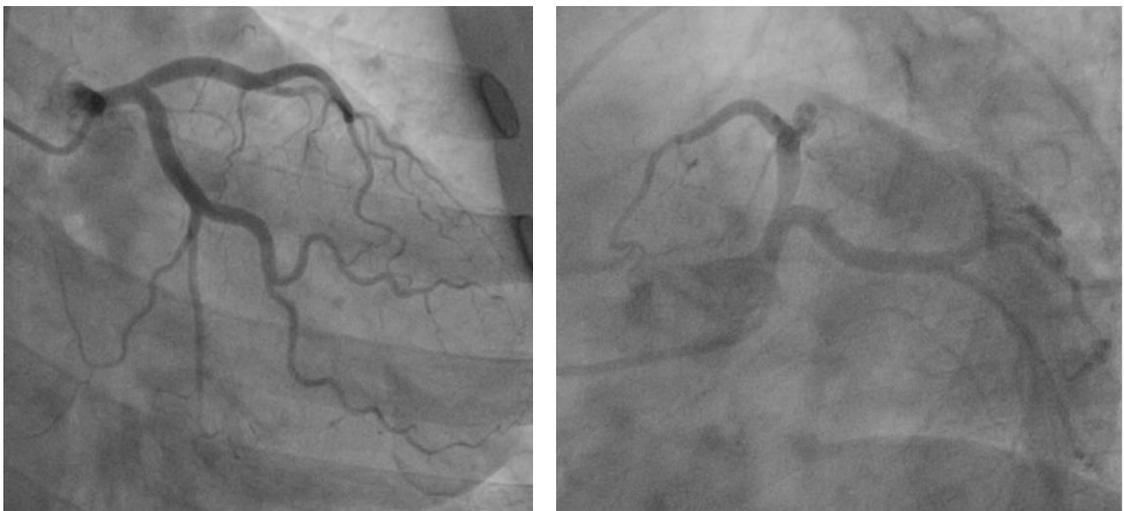


Figura 1: Eletrocardiograma realizado à admissão.

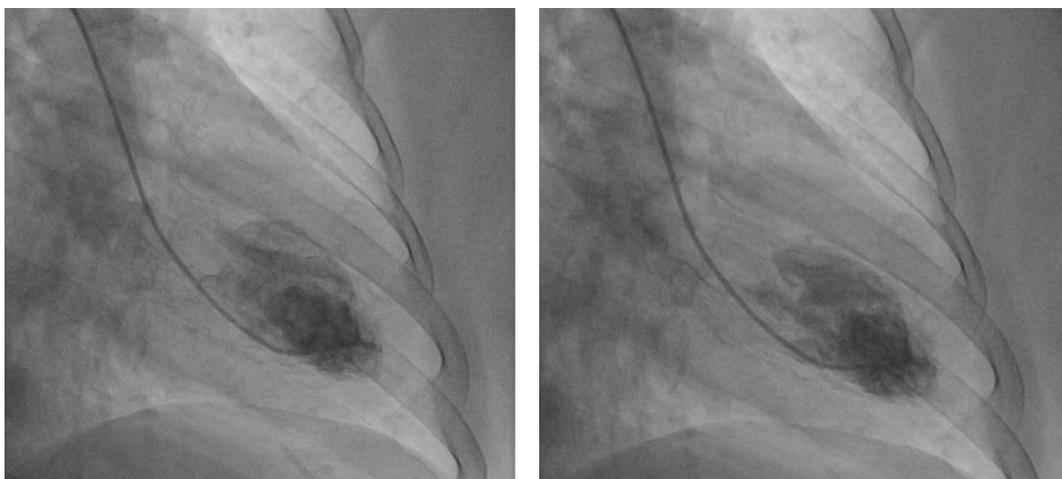
Exame	10/01/2020	11/01/2020	12/01/2020	14/01/2020
CK-MB massa (ng/ml)	13,7	17,5	5,8	2,1
Troponina I (ng/ml)	4,15	2,793	0,57	0,089

Tabela 1: Dosagem de marcadores de necrose miocárdica.

Diante da hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSST), a paciente foi internada para estratificação de risco invasiva, sendo iniciada terapia medicamentosa com antiagregante plaquetário, heparina de baixo peso molecular (HBPM), betabloqueador (BB), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e estatina. Foi submetida a cateterismo cardíaco (CATE), o qual mostrou artérias coronárias isentas de aterosclerose obstrutiva (figuras 2 e 3) e a ventriculografia esquerda denotou hipocinesia anterior e apical (figuras 4 e 5).



*Figuras 2 e 3: Cineangiocoronariografia mostrando ausência de processo obstrutivo das artérias coronarianas.*



*Figuras 4 e 5: Ventriculografia evidenciando balonamento apical do VE.*

Uma semana após início dos sintomas foi realizado ecocardiograma (ECO) transtorácico, o qual evidenciou uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 57% e contratilidade normal. Não foi submetida a outros exames de imagem tais quais cintilografia miocárdica, tomografia e ressonância magnética cardíaca. Durante a internação, paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e melhora da precordialgia, sem intercorrências, mas mantendo as alterações eletrocardiográficas encontradas. Em seguimento ambulatorial, após um mês, já não apresentava anormalidades ao ECG.

## **RESULTADOS**

O estudo deste caso propiciou aos autores um aprofundamento teórico-prático acerca dos principais diagnósticos diferenciais frente a um quadro de dor torácica. Ademais, destaca-se o aprofundamento dos conhecimentos acerca dos exames complementares cardiológicos, imprescindíveis no diagnóstico diferencial da SCA. A publicação deste relato também mostrou-se útil para lembrar médicos e futuros médicos que a Síndrome de Takotsubo, embora rara, necessita ser conhecida para ser adequadamente diagnosticada e tratada.

## **DISCUSSÃO**

A paciente deste relato apresentou precordialgia típica, iniciada após história de estresse emocional agudo, que, inicialmente, suscitou a hipótese de uma SCA. As alterações eletrocardiográficas associadas à curva enzimática dos marcadores de necrose miocárdica (MNM) reforçaram hipótese diagnóstica de IAMSST, indicando-se internação para estratificação invasiva de risco. (REIS, et al., 2010). A ausência de ateromatose obstrutiva ao CATE, por sua vez, afastou a possibilidade de IAMSST e reforçou CMT como etiologia mais provável já que mimetiza a SCA, porém sem obstrução aterotrombótica coronariana. (BOUNHOURE, et al., 2012).

Os mecanismos etiopatogênicos que levam a esta condição permanecem incertos. Todavia, destaca-se o aumento de catecolaminas frente a episódios estressores como possível mecanismo promotor de disfunção cardíaca transitória, onde foram constatados níveis comparáveis ou mesmo maiores que os de um IAM e até 34 vezes superiores aos basais, quando medidos precocemente (REIS, et al, 2020) . A hipótese de toxicidade catecolaminérgica é apoiada na literatura por estudos com cintilografia e técnicas de imagem nuclear-metabólicas que demonstram atordoamento contrátil do sistema nervoso simpático cardíaco e metabólico, respectivamente. (MESQUITA; MESQUITA, 2015). Ademais, postula-se como possíveis eventos deflagradores complementares vasoespasmos das artérias coronárias, alterações

morfofuncionais da microvasculatura, disfunções neuroendócrinas e neuropsicológicas (MONTEIRO, 2018).

A hipótese diagnóstica de CMT deve ser aventada em adultos - sobretudo mulheres na pós-menopausa - com história clínica, curva enzimática de MNM e alterações em ECG sugestivos de SCA, especialmente quando precedidos por evento estressor. É importante pontuar que, nesses exames, não se esperam encontrar dados que permitam prontamente a diferenciação entre SCA e CMT sem avaliação por exames complementares invasivos (MONTEIRO, 2018). Anormalidades no ECG são descritas em pacientes portadores de miocardiopatia por estresse e podem incluir desde a elevação do segmento ST, depressão do segmento ST, prolongamento do intervalo QT, inversão da onda T difusamente, ondas Q anormais até outros achados inespecíficos. (TEMPLIN, et al., 2015) No caso supracitado, a paciente apresentou, agudamente, inversão difusa da onda T (figura 1), condizente com a bibliografia levantada.

O esclarecimento diagnóstico desta condição advém de achados imagiológicos típicos que incluem acinesia, hipocinesia ou discinesia dos segmentos apicais e médios do VE e, presença ou não de hipercinesia em segmentos basais, o que confere o aspecto clássico de balão apical, podendo resultar em obstrução dinâmica da via de saída do VE (BOUNHOURE, et al., 2012. MESQUITA; MESQUITA, 2015). Tais alterações podem ser evidenciadas a partir de exames não invasivos - como o ECO, a ressonância magnética cardíaca (RNMC) e a cintilografia miocárdica - e por meio de testes invasivos - como a angiografia coronariana e a ventriculografia (MONTEIRO, 2018). Todavia, espera-se que ocorra desaparecimento do movimento discinético e recuperação plena da função miocárdica contrátil em até três semanas após o evento agudo (BOUNHOURE, et al., 2012. MESQUITA; MESQUITA, 2015), tal qual observado no ECO transtorácico ao qual paciente foi submetida após uma semana do início dos sintomas. Cabe destacar a angiocoronariografia como principal método diagnóstico utilizado no Brasil, sendo usada para descartar doença coronariana obstrutiva ou ruptura aguda de placa aterosclerótica.

Após este primeiro passo diagnóstico, segue-se a ventriculografia, exame através do qual foi descrita a conformação da alteração cardíaca em armadilha de polvo que dá nome à doença - do japonês Takotsubo. Neste método, as imagens obtidas no exame da paciente em estudo (figuras 4 e 5) corresponderam aos achados clássicos de dilatação e balonamento apical e hipercontratilidade basal. Outras formas de apresentação, menos frequentes, dessa patologia incluem: disfunção contrátil medioventricular com preservação da contratilidade apical,

disfunção isolada dos segmentos basais, hipocinesia global e discinesias que não correspondam à distribuição de um território coronariano. (MESQUITA; MESQUITA, 2015)

A estratégia terapêutica recomendada em pacientes com baixo risco cardiovascular e FEVE > 45%, como a paciente em estudo, estrutura-se em suporte hemodinâmico e controle de eventuais complicações, que incluem choque cardiogênico, formação de trombos intracavitários, insuficiência cardíaca, eventos embólicos sistêmicos e arritmias ventriculares. (LYON, et al., 2015). Para a abordagem do caso exposto, optou-se por, além do suporte recomendado, iniciar terapia medicamentosa com antiagregante plaquetário, heparina de baixo peso molecular (HBPM), betabloqueador (BB), inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e estatina, uma vez que, a princípio, foi levantada a hipótese de IAMSST. Ressalta-se que paciente não apresentou instabilidade hemodinâmica e evoluiu sem complicações ou intercorrências clínicas no período em que esteve internada para elucidação diagnóstica.

A partir do exposto, é possível observar que o caso clínico apresentava características compatíveis com a cardiomiopatia de Takotsubo, desde a apresentação clínica à admissão, como alterações ao ECG sugestivas, elevação de marcadores de necrose miocárdica, e, ao estudo da ventriculografia, anormalidades da parede do VE, porém sem sinais de patologia obstrutiva ao estudo da cineangiocoronariografia, o que corrobora com o padrão descrito pela literatura desta patologia.

## **CONCLUSÃO**

A CMT tem importante implicação clínica, uma vez que é capaz de mimetizar um quadro de SCA e, por isso, é frequentemente subdiagnosticada. Visto isso, faz-se necessária a difusão de conhecimento acerca de suas características clínicas, epidemiológicas e radiológicas. O uso de métodos como a cineangiocoronariografia e ventriculografia são, via de regra, os pilares para a distinção de ambas as condições em um contexto agudo de urgência.

Sendo assim, a nosologia aqui abordada deve sempre ser aventada como diagnóstico diferencial, principalmente em pacientes femininas na pós-menopausa, que se apresentam com sintomas agudos de dor torácica típica. Não obstante, uma anamnese minuciosa é imprescindível para que possamos vincular o quadro clínico com uma situação de estresse psicológico vivenciada pelo paciente. Isso se justifica pois o abalo emocional não só é fator desencadeante, como também dá um dos nomes à patologia: Síndrome do Coração Partido.

## REFERÊNCIAS

1. BOUNHOURE, J. P.. Takotsubo or Stress Cardiomyopathy. **Cardiovascular Psychiatry And Neurology**, [S.L.], v. 2012, p. 1-4, 2012. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/637672>.
2. FERNANDES, Fábio; MONTERA, Marcelo Westmoreland. Síndrome de Takotsubo: Uma Doença Recorrente?. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 114, n. 3, p. 484-485, Mar. 2020 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2020000300484&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000300484&lng=en&nrm=iso) . access on 01 Aug. 20
3. FERNANDES, Fábio; MONTERA, Marcelo Westmoreland. Síndrome de Takotsubo: uma doença recorrente?. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 114, n. 3, p. 447-483, 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200080>
4. GIANNI, Monica; DENTALI, Francesco; GRANDI, Anna Maria; SUMNER, Glen; HIRALAL, Rajesh; LONN, Eva. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. **European Heart Journal**, [S.L.], v. 27, n. 13, p. 1523-1529, 23 maio 2006. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehl032>.
5. KURISU, Satoshi; SATO, Hikaru; KAWAGOE, Takuji; ISHIHARA, Masaharu; SHIMATANI, Yuji; NISHIOKA, Kenji; KONO, Yasuyuki; UMEMURA, Takashi; NAKAMURA, Suji. Tako-tsubo-like left ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimicking acute myocardial infarction. **American Heart Journal**, [S.L.], v. 143, n. 3, p. 448-455, mar. 2002. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1067/mhj.2002.120403>.
6. LYON, Alexander R.; BOSSONE, Eduardo; SCHNEIDER, Birke; SECHTEM, Udo; CITRO, Rodolfo; UNDERWOOD, S. Richard; SHEPPARD, Mary N.; FIGTREE, Gemma A.; PARODI, Guido; AKASHI, Yoshihiro J.. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a position statement from the taskforce on takotsubo syndrome of the heart failure association of the european society of cardiology. **European Journal Of Heart Failure**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 8-27, 9 nov. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.424>.
7. MESQUITA, Cláudio Tinoco; MESQUITA, Evandro Tinoco. Síndrome de Takotsubo: capítulo 5. In: MOREIRA, Maria da Consolação Vieira; MOTENEGRO, Sérgio Tavares; PAULA, Ângelo Amato V de (ed.). **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. ed. Barueri - SP: Manole, 2015. p. 1108-1111. ISBN 9788520439388.
8. MONTEIRO, Natasha Lima. Cardiomiopatia de Takotsubo: uma revisão integrativa. 2018. 55 f. **Tese de Conclusão de Curso - Curso de Medicina**, Universidade Federal do Maranhão,

São Luís - MA, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2391> . Acesso em: 02 ago. 2020

9. REIS, José Geraldo Vilela; ROSAS, Gabriel. Cardiomiopatia de Takotsubo: um diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 594-600, jun. 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/341#> . Acesso em 02 ago. 2020.

10. TEMPLIN, Christian; GHADRI, Jelena R.; DIEKMANN, Johanna; NAPP, L. Christian; BATAIOSU, Dana R.; JAGUSZEWSKI, Milosz; CAMMANN, Victoria L.; SARCON, Annahita; GEYER, Verena; NEUMANN, Catharina A.. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 373, n. 10, p. 929-938, 3 set. 2015. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1406761>.

## ANEXOS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A senhora ANTÔNIA LACERDA DE SÁ está sendo convidada a participar do projeto: "Síndrome de Takotsubo: Um relato de caso".

O objetivo do estudo é realizar relato de caso, por meio da descrição da sintomatologia clínica e exames complementares, com informações. Objetivamos com este estudo discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para melhoria das condições de saúde da população.

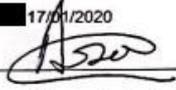
Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados, clínicos, laboratoriais e radiológicos, registrados em prontuários físico e eletrônico. A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer do trabalho. Os riscos relacionados a esta pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo sua identidade, assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato. Todas as informações serão divulgadas apenas para fins acadêmicos.

Sua participação é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo responsável pelo estudo, bem como informações relacionada a pesquisa. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o senhor tiver qualquer dúvida em relação a pesquisa, por favor telefone para os [REDACTED]

[REDACTED] na Instituição [REDACTED] no horário: de segunda a sexta das 08:00 às 13:00.

Enfim, tendo sido orientada, quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto livre consentimento em participar, estamos totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

[REDACTED] 17/01/2020

Eu,  declaro que li e aceito os termos deste documento

Nome – Assinatura

[REDACTED]  
Pesquisador responsável

*Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*