

RELATO DE CASO: PERICARDITE AGUDA EM PACIENTE JOVEM

ACUTE PERICARDITIS IN YOUNG PATIENT

Nara Lúcia Pinto da Costa, Rovanda Senna, Marlúcia Nobre

RESUMO

As doenças pericárdicas que incluem a pericardite aguda e crônica, tem se mostrado como entidades relevantes na prática médica, principalmente no que diz respeito ao atendimento em sala de emergência, grande parte das doenças pericárdicas, cursam com dor torácica, dispnéia e alterações de exames complementares, entre eles eletrocardiograma e alterações de enzimas cardíacas. Desta maneira torna-se um diagnóstico bastante plausível de ser aventado. Os autores demonstram um caso com clínica característica, em um paciente jovem.

Palavras-chave: Pericardite, Dor Torácica, Alterações eletrocardiográficas.

ABSTRACT

Pericardial diseases including acute pericarditis and chronic, has been shown to be relevant entities in medical practice, especially with regard to care in the emergency room, most pericardial diseases, concomitant with chest pain, dyspnea and change additional tests, including electrocardiograms and changes of cardiac enzymes. Thus it becomes an easy diagnosis to be hypothesized. The authors demonstrate a case with clinical feature in a young patient.

Key-words: Pericarditis, chest pain, electrocardiographic changes.

INTRODUÇÃO

As síndromes pericárdicas incluem as pericardites aguda e crônica. A pericardite aguda pode ser seca fibrosa ou efusiva. As inflamações pericárdicas crônicas incluem as formas efusivas e constrictivas, com duração maior que três meses. A pericardite recorrente pode ser intermitente (intervalo livre de sintomas sem tratamento) e incessante, aquela que ocorre depois da retirada do tratamento anti-inflamatório¹. A pericardite constrictiva é definida como uma síndrome resultante da compressão do coração por membranas rígidas por pericárdio². O derrame pericardico é um achado comum na prática clínica diária, tendo como desafio

estabelecer um diagnóstico etiológico que pode ser infarto agudo do miocárdio, cirurgia cardíaca, doença renal em fase terminal, neoplasia e pericardite.^{1,5}

A pericardite aguda tem inúmeras causas, porém 80% a 90% das causas são idiopáticas, a incidência da pericardite aguda é difícil de quantificar e muitas vezes de se resolver sem ser diagnosticada³. A pericardite aguda pode apresentar prodromos de febre, mal estar e mialgia. Tem como sintoma dor retroesternal que pode ser pleurítica ou similar

a esquemia, atrito pericárdico pode estar presente⁴.

Quanto à etiologia da inflamação, as pericardiopatias são classificadas em formas infecciosas e não infecciosas. A pericardite não infecciosa envolve as formas neoplásicas, autoimunes e as alterações do metabolismo, porém etiológicamente, a grande maioria dos casos continua sem um diagnóstico específico, sendo considerada idiopática¹. Em relação aos exames complementares, podemos ter radiografia de tórax evidenciando aumento da área cardíaca quando derrame pericárdico presente. O eletrocardiograma pode ser normal ou ter alterações específicas da pericardite entre elas: como infradesnivelamento do segmento PR e supradesnivelamento do segmento ST com cavidade superior em derivações inferiores e anteriores, de forma difusa. O ecocardiograma normal não exclui o diagnóstico é um método importante para excluir complicações da inflamação, como derrame pericárdio e evolução tamponamento⁶.

Relatamos o caso de um paciente com pericardite aguda após infecção de via aérea superior, com dor retroesternal em aperto, iniciada ao esforço com duração acima de vinte minutos, irradiada para membro superior esquerdo e enzimas cardíacas positivas.

RELATO DE CASO

Paciente de 19 anos de idade, sexo masculino, mecânico, oriundo da enfermaria do hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus- AM. Refere ter iniciado quadro de odinofagia e que três dias após evoluiu com quadro de dor torácica típica, atendido na emergência e tratado como síndrome coronariana aguda, realizando exames complementares, enzimas cardíacas positivas, eletrocardiograma apresentando elevação do segmento ST difusamente, encaminhado ao CTI e posteriormente transferido para enfermaria do Hospital Universitário Francisca

Mendes no dia já assintomático. Negou comorbidades e sem história familiar de cardiopatias.

Ao exame físico se mostra em bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, anictérico, acianótico, eupnéico. Aparelho respiratório com MV fisiológico sem ruídos adventícios. Aparelho cardiovascular com RCR 2 T bulhas normofonéticas, sem sopro e sem atrito pericárdico. Abdome sem alteração. Avaliação laboratorial inicial apresenta hemograma sem alteração, enzimas cardíacas do dia do evento revelavam CPK 678U/L, CKMB 82U/L, troponina 21,9ng/ml (ref positivo >0,12ng/ml) . RX de torax normal (figura 1).

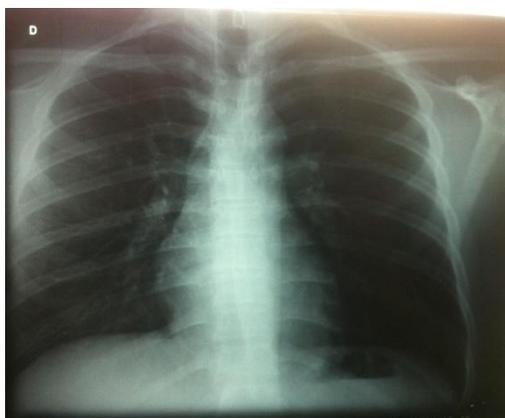


Figura 1: Radiografia de Tórax.

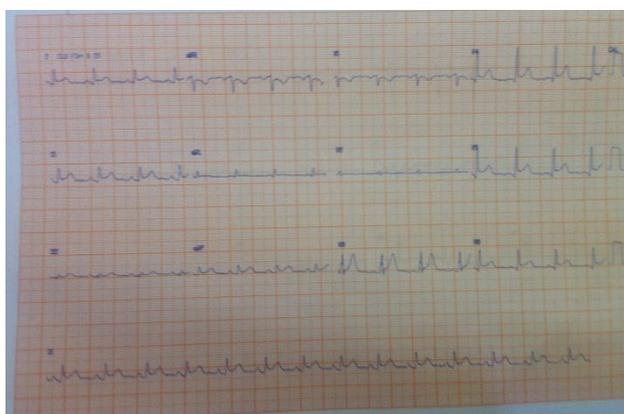


Figura 2: ECG

O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal, com supradesnivelamento de segmento ST difusamente (Figura 2).

Iniciado tratamento com anti-inflamatório não hormonal, Ibuprofeno. Durante evolução na enfermaria, foi submetido ao ecocardiograma.

O ecocardiograma transtorácico evidenciou: Aorta (Diâmetro da raiz): 28 mm, Átrio Esquerdo: 30 mm, Diâmetro do ventrículo direito: 15 mm, Diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo: 52 mm, Diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo: 30 mm, Fração de ejeção: 73% (Teicholz), Massa do ventricular esquerda: 212 g, Pericárdio normal. Tendo como conclusão ecocardiograma normal.

DISCUSSÃO:

As doenças do pericárdio apresentam várias etiologias levando a diferentes tipos de acometimentos morfológicos^{1,6}. As síndromes pericárdicas incluem as

pericardites aguda e crônica. O quadro clínico e os exames não invasivos permitem o diagnóstico, mas muitas vezes com etiologia difícil. Quanto à etiologia da inflamação, as pericardiopatias são classificadas em formas infecciosas e não-infecciosas¹. A pericardite bacteriana apresenta exsudato purulento e tem como fatores predisponentes imunossupressão e doenças crônicas^{1,6}. No caso referido a etiologia da pericardite foi de origem infecciosa.

As causas de pericardite podem ainda ser causas de derrame pericárdico, que pode aparecer como um transudato (hidropericárdio), exsudato, piopericárdio ou hemopericárdio. Derrames de grande volume podem causar alternância elétrica ao ECG. A presença de baixa voltagem de QRS em derivações precordiais (< 10 mm de amplitude) é um sinal que auxilia no diagnóstico. São necessários acúmulos maiores que 250 mL para alterar a silhueta cardíaca na radiografia de tórax, dando à imagem cardíaca a forma de moringa. Campos pulmonares limpos também podem auxiliar no diagnóstico diferencial da cardiomegalia⁶. O caso que relatamos não apresentou derrame pericárdico.

Fases eletrocardiográficas na pericardite: Estágio I: elevação do segmento ST côncavo, difuso (exceção de AVR e V1). Segmento PR oposto à polaridade da onda P. Estágio II: retorno do segmento ST ao basal, com segmento PR desnivelado, ocorrendo após vários dias. Estágio III: inversão de onda T na maioria das derivações, sem perdas de onda R e aparição de onda Q. Estágio IV: reversão das alterações, com retorno do padrão a pericardite. Todas as quatro fases eletrocardiográficas estão presentes em 50% dos casos de pericardite¹. Neste caso clínico especificamente estiveram presentes os estágios I, III e IV. O paciente com dor torácica no pronto-socorro é um desafio. A descrição clássica da dor torácica na síndrome coronária é dor, desconforto, queimação ou sensação opressiva localizada em região precordial ou retroesternal. Na pericardite, a dor geralmente é tipo pleurítica quando o paciente respira, deita ou deglute e melhora com a posição sentada ou inclinada para frente. Podem surgir febre e atrito pericárdio⁷. O paciente em questão relatava uma dor retroesternal em aperto, iniciada ao esforço e com duração acima de 30 minutos, associada à dispnéia. O presente caso clínico, evidencia um paciente que apresentou pericardite, na sala de emergência com dor torácica compatível clinicamente com uma dor isquêmica, o fato se mostra comum no diagnóstico diferencial da dor precordial e o mesmo é compatível com a literatura, pois existem muitos relatos deste diagnóstico na emergência clínica.

CONCLUSÃO

O caso clínico mostrado acima relatou um quadro de pericardite aguda pós-infecção de via aérea superior onde evidenciou-se eletrocardiograma característico de pericardite e que teve com quadro clínico dor torácica típica que faz diagnóstico diferencial com infarto agudo do miocárdio, o paciente referido no caso foi tratado inicialmente com síndrome coronariana aguda, na enfermaria paciente evoluiu sem sintomas e com normalização do eletrocardiograma, recebeu alta com recomendação de acompanhamento ambulatorial e sem drogas de ação cardiovascular. Diante do exposto, faz-se necessário o diagnóstico de pericardite como diagnóstico diferencial da dor torácica.

REFERÊNCIAS

1. Fernando Nobre, Carlos V. Serrano Jr. Tratado de cardiologia Socesp. 2ed. Barueri São Paulo: Manole; 2005. seção 12 p. 1047-52.
2. Sagristà-Sauleda J. Pericardial constriction: uncommon patterns. *Heart*. 2004;90(3):257-8
3. Lange RA, Hillis LD. Clinical practice. Acute pericarditis. *N Engl J Med*. 2004;351(21):2195-202.
4. Guidelines Esc. On the Diagnosis and management of Pericardial Diseases. Executive Summary. *Eur. Heart J*. 2004 Jul 25; 587-610 Sect.
- 5 Maisch B, Seferović PM, Ristić AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al. Guidelines on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases Executive Summary. *European Heart Journal*. 2004;25(7):587-610.
- 6 Sagristà-Sauleda J, Mercé AS, Soler-Soler J. Diagnosis and management of pericardial effusion. *World Journal of Cardiology*. 2011;3(5):135-143. doi:10.4330/wjc.v3.i5.135.
- 7 Sagristà-Sauleda, J., Mercé, A. S., & Soler-Soler, J. (2011). Diagnosis and management of pericardial effusion. *World Journal of Cardiology*, 3(5), 135–143. <http://doi.org/10.4330/wjc.v3.i5.135>
8. Fernando Nobre. *Cardiologia de Consultório* 1ed. Barueri SP: Manole: 2011. Capítulo 10 p. 245-50.
9. Herlon S. Martins, Augusto S. Neto, Irineu T. Velasco. *Emergências Clínicas Baseadas em Evidências*. São Paulo: Atheneu; 2006. Capítulo 22 p.263-5.