

Evolução de um Cisto Pericárdico após Tratamento de Pericardite Aguda

Development of a Pericardial Cyst after Treatment of Acute Pericarditis

Relato
de Caso

2

Marcel Coloma¹, Roberto Muniz Ferreira¹, Marcella de Agostini Iso¹,
Paolo Blanco Villela¹, Ricardo Yamada², Pedro Mano³, Nelson Coloma

Resumo

Relata-se o caso de uma paciente internada com quadro de pericardite aguda, de provável etiologia viral, em que foi detectada presença de cisto pericárdico. Houve recidiva de sintomas da pericardite uma semana após tratamento com AAS por sete dias. Após uso de AAS por um mês e colchicina por três meses com remissão total dos sintomas, houve redução importante no tamanho do cisto pericárdico.

Palavras-chave: Pericardite aguda, Pericardite recorrente, Cisto pericárdico

Abstract

Case study of a patient admitted for acute pericarditis with probable viral etiology associated with the presence of a pericardial cyst. There were recurrent symptoms of pericarditis one week after seven days of treatment with ASA. After taking ASA for one month and colchicin for three months with complete remission of symptoms, there was a significant reduction in the size of the pericardial cyst.

Keywords: Acute pericarditis, Recurrent pericarditis, Pericardial cyst

Introdução

Cistos pericárdicos são anomalias congênitas incomuns, sendo a maioria assintomática e diagnosticada incidentalmente na radiografia de tórax¹. A incidência estimada é 1:100.000, sendo responsáveis por 6% a 7% das massas mediastinais relatadas na literatura. Ocorrem mais em adultos, freqüentemente na terceira e quarta décadas de vida e raramente em crianças, sem preferência por sexo. Em geral, não se comunicam com o espaço pericárdico². Seu diâmetro varia entre 1cm e 5cm, mas há relatos de até 28cm.

Relato do Caso

Paciente feminina, 54 anos, engenheira, tabagista, dislipidêmica, internada com quadro de dor precordial de início dois dias antes da internação, em pontada, de forte intensidade, que piorava à inspiração

profunda, associada à febre de 38°C. Relatava “infecção gripal” uma semana antes do episódio. Ao exame, encontrava-se em bom estado geral, orientada, corada, eupneica em ar ambiente. A ausculta cardíaca revelava ritmo regular em dois tempos com presença de atrito pericárdico. A pressão venosa central era normal. A ausculta respiratória e o abdômen não apresentavam alterações dignas de nota. Os membros inferiores não revelavam edema. Sua pressão arterial era de 110mmHg / 70mmHg e sua freqüência cardíaca de 90bpm.

O eletrocardiograma de admissão mostrava ritmo sinusal, sem supra de ST.

Apresentava exames laboratoriais com leucometria de 7400/mm³ e 2% de bastões, troponina <0,2 e PCRt 10,7. Radiografia de tórax revelou imagem com opacidade homogênea, ovalada, paracardíaca direita (Figura 1). A

¹ Serviço de Cardiologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Serviço de Radiologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³ Departamento de Medicina Interna - Universidade de Estácio de Sá - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

tomografia computadorizada de tórax mostrou formação cística, paracárdica à direita, de contornos regulares, medindo 6,4cm x 5,8cm, correspondendo a cisto pericárdico, associada a espessamento pericárdico (Figura 2).

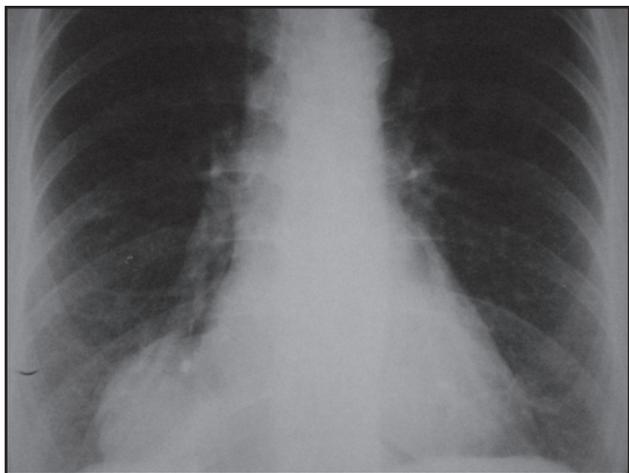


Figura 1
Radiografia de tórax com opacidade à direita.

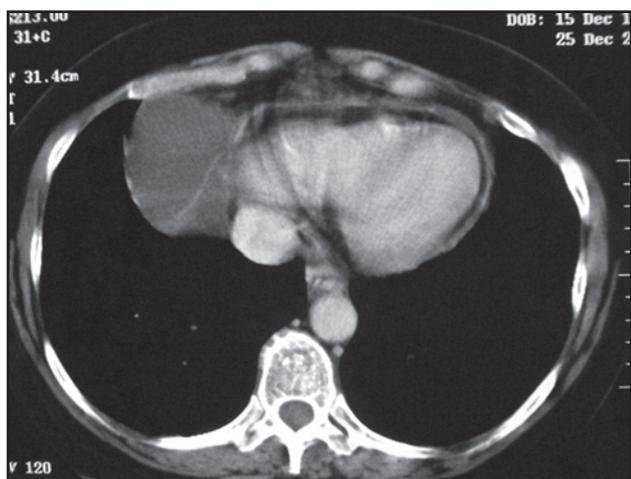


Figura 2
TC de tórax mostrando o cisto pericárdico e espessamento pericárdico.

O ecocardiograma não visualizou o cisto e detectou função normal de VE. Feito o diagnóstico clínico de pericardite aguda, a paciente foi tratada com AAS 2g/dia por 10 dias, com remissão total dos sintomas. Uma semana após o término do tratamento, a paciente apresentou quadro semelhante àquele que motivou a internação anterior. Eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiograma e tomografia de tórax mostravam o mesmo padrão anterior (Figura 3).

A paciente usou AAS 2g/dia por um mês e colchicina 1mg/dia por três meses. Obteve remissão total dos sintomas. No fim do tratamento, realizou novo ecocardiograma de controle que revelou pericárdio levemente espessado e cisto pericárdico não evidenciado. Tomografia de tórax mostrou tênue espessamento do pericárdio, sem evidências de derrame e com pequena imagem paracárdica direita, correspondendo ao remanescente do cisto pericárdico previamente detectado (Figura 4).



Figura 3
TC de tórax com cisto pericárdico paracárdico direito e espessamento pericárdico.

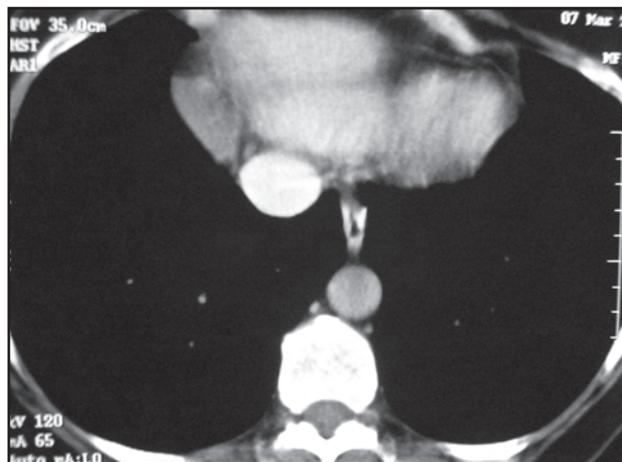


Figura 4
TC de tórax após tratamento da pericardite recorrente com pequeno cisto pericárdico.

Seis meses após esses exames, com a paciente sem sintomas, novo ecocardiograma revelou pericárdio normal e cisto pericárdico não evidenciado. A tomografia de tórax mostrou o mesmo padrão remanescente do cisto pericárdico (Figura 5).

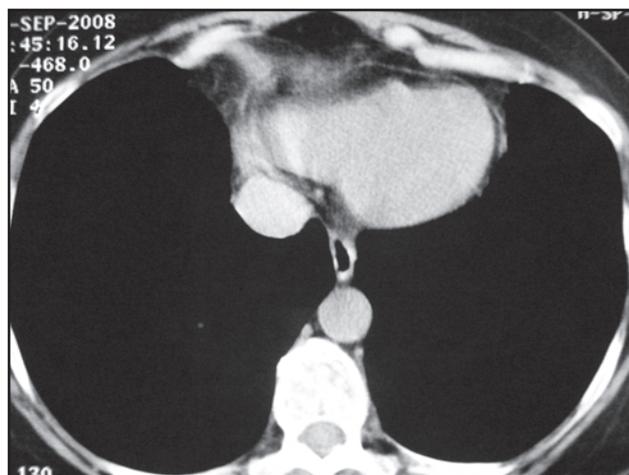


Figura 5
TC de tórax seis meses após o término do tratamento da pericardite recorrente: cisto pericárdico de pequeno tamanho.

Discussão

Cistos pericárdicos são anomalias congênitas incomuns, sendo a maioria assintomática e diagnosticada incidentalmente na radiografia de tórax. Raramente se calcificam ou se rompem. Cistos adquiridos são extremamente raros e podem estar associados à neoplasia mediastinal, infecção parasitária, doença traumática ou cirurgia cardíaca¹.

Quando produzem sintomas, dor torácica, dispnéia ou taquipnéia paroxística, tosse e palpitações são os mais encontrados (cerca de 25% a 30%). Ocasionalmente, podem alterar a hemodinâmica cardiovascular ou a expansibilidade pulmonar e produzir sinais e sintomas que simulam estenose tricúspide, estenose pulmonar ou pericardite constritiva².

Seus diagnósticos diferenciais incluem os tumores sólidos, outros cistos, hérnias diafragmáticas e aneurismas cardíacos ou de grandes vasos².

A radiografia de tórax mostra uma massa arredondada, radiodensa, homogênea, de bordas lisas e bem demarcadas, situada junto à margem cardíaca direita em 2/3 dos casos². O ecocardiograma em geral é suficiente para estabelecer o diagnóstico, sendo considerado o principal teste não-invasivo para delinear a localização precisa e para fazer o diagnóstico diferencial com aneurisma de VE, apêndice atrial esquerdo proeminente, aneurisma de aorta e tumores sólidos. O colorDoppler pode

ajudar a diferenciar o cisto de outras estruturas vasculares, como aneurisma coronariano. O ecotransesofágico pode ser útil caso o ecotranstorácico não tenha feito o diagnóstico e pode ajudar a identificar o cisto em locais atípicos e o distinguir de lesões localizadas posteriormente³. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética contribuem para distinguir o cisto pericárdico de uma massa mediastinal sólida.

Na suspeita de cisto pericárdico pela radiografia, a tomografia com contraste venoso tem sido bastante utilizada. Caso não detecte a exata localização do cisto, a punção seguida da injeção de contraste geralmente faz o diagnóstico e pode ser curativa⁴. Entretanto, o diagnóstico definitivo só se consolida por meio dos achados do exame anatomopatológico.

Dentre as complicações, incluem-se a ruptura, tamponamento cardíaco, obstrução do brônquio-fonte direito, obstrução do trato de saída do VD e insuficiência cardíaca aguda por IVD³.

O tratamento conservador deve ser reservado para os casos assintomáticos, uma vez que o seguimento periódico em longo prazo tem demonstrado que esses pacientes não costumam desenvolver sintomas². O tratamento para os cistos pericárdicos congênitos e inflamatórios é a aspiração percutânea e a esclerose com etanol. Caso não seja factível, a toracotomia videoassistida ou remoção cirúrgica podem ser indicadas, sobretudo nos pacientes sintomáticos com repercussões cardiorrespiratórias^{5,6}. Portanto, os cistos pericárdicos com características compressivas traduzidas por comprometimento hemodinâmico ou ventilatórios devem ser indicados para cirurgia². A resolução espontânea de cisto pericárdico foi descrita em poucos casos, provavelmente por ruptura do cisto⁷.

No caso da paciente relatada, houve redução importante do cisto pericárdico após o tratamento da pericardite aguda com AAS e colchicina. Não há dados na literatura que relacionem cisto pericárdico com pericardite aguda. Não se sabe, portanto, se houve resolução espontânea do cisto pericárdico ou houve redução do tamanho devido às medicações utilizadas.

Referências

1. Borlaug BA, DeCamp MM, Gangadharan SP. Neoplastic pericardial disease. In: Basow DS (ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2008.

2. Nina VJS, Manzano NCE, Mendes VGC, et al. Cisto pericárdico gigante: relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(3):349-51.
3. Patel J, Park C, Michaels J, et al. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography.* 2004;21(3):269-72.
4. Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases: executive summary. The Task Force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2004;25:587-610.
5. Ng AF, Olak J. Pericardial cyst causing right ventricular outflow tract obstruction. *Ann Thorac Surg.* 1997;63(4):1147-148.
6. Borges AC, Gellert K, Dietel, et al. Acute right sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst. *Ann Thorac Surg.* 1997;63(3):845-47.
7. King JF, Crosby I, Pugh D, et al. Rupture of pericardial cyst. [Abstract]. *Chest.* 1971;60:611.