

Imagem
Cardiovascular

Pericardite Constrictiva Secundária a Trauma Torácico Ocorrido Há 20 Anos

Constrictive Pericarditis Secondary to Thoracic Trauma Occurring 20 Years Previously

Carla Daniela Fank¹, Marcos Antônio Leão de Araújo¹, Marilu Cavalcante Gomes², Marlúcia do Nascimento Nobre¹

Resumo

Pericardite constrictiva resulta de um espessamento fibroso do pericárdio, secundária à inflamação crônica causada por uma variedade de doenças, levando a progressivos sinais e sintomas de falência cardíaca direita e esquerda. Relata-se um caso em que depois de excluídas causas comuns, foi identificado trauma torácico ocorrido 20 anos antes dos sintomas de insuficiência cardíaca, chamando a atenção para o tempo transcorrido e também justificando a imagem da calcificação evidente à radiografia de tórax.

Palavras-chave: Pericardite constrictiva / etiologia; Pericardite constrictiva / fisiopatologia; Insuficiência cardíaca; Traumatismos torácicos

Abstract

Constrictive pericarditis results from a fibrous thickening of the pericardium secondary to chronic inflammation caused by a variety of diseases, leading to progressive signs and symptoms of right and left heart failure. This case study reports on thoracic trauma identified, after excluding common causes, as occurring twenty years prior to the symptoms of heart failure, drawing attention to this time lapse and also justifying the chest radiography image with visible calcification.

Keywords: Pericarditis, constrictive / etiology; Pericarditis, constrictive / physiopathology; Heart failure; Thoracic injuries

Introdução

A pericardite constrictiva é resultado de um espessamento fibroso do pericárdio, secundária à inflamação crônica que pode ser causada por uma variedade de doenças. Nesse processo inflamatório, o coração acaba sendo envolvido por um pericárdio rígido, prejudicando o relaxamento ventricular e aumentando as pressões intracavitárias, sendo sua marca a equalização da pressão diastólica final nas quatro câmaras cardíacas. Com o aumento das pressões pulmonar e sistêmica, progressivamente ocorrerão sinais e sintomas de falência cardíaca direita e esquerda^{1,2}.

Dados clínicos

Paciente do sexo masculino, 40 anos, sem história prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou coronariopatia, apresenta quadro de edema de membros inferiores, hepatomegalia e dispneia progressiva aos mínimos esforços há um mês. Negava história de emagrecimento, febre, artralgia, lesões cutâneas, tosse produtiva, cirurgia torácica prévia ou qualquer tipo de radiação. Na história patológica pregressa, relatou ferimento torácico por arma branca há 20 anos, com cicatriz localizada em terço inferior da borda esternal direita, de aproximadamente 5cm (Figura 1), evoluindo com aumento de volume

¹ Programa de Pós-graduação (Residência em Cardiologia Clínica) - Hospital Universitário Francisca Mendes - Universidade Federal do Amazonas - Manaus, AM - Brasil

² Programa de Pós-graduação (Residência em Clínica Médica) - Hospital Universitário Getúlio Vargas - Universidade Federal do Amazonas - Manaus, AM - Brasil

abdominal e dispneia seis meses após o trauma, com melhora após duas semanas de hospitalização, sem receber tratamento cirúrgico na época. Assintomático até um mês antes da última internação.



Figura 1
Cicatriz de ferimento por arma branca em região paraesternal direita inferior.

Realizada radiografia de tórax, esta evidenciou aumento de átrio esquerdo e pericárdio calcificado (Figura 2), sendo diagnosticado, ao ecocardiograma transtorácico, pericardite constritiva com aumento biatrial e leve disfunção sistólica.

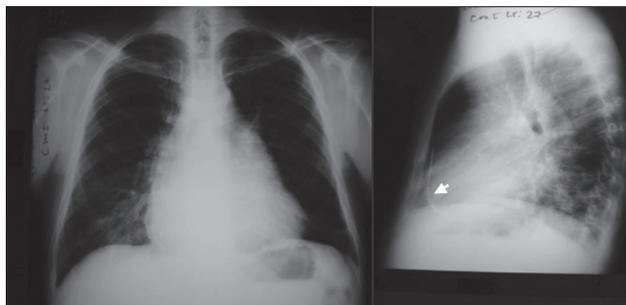


Figura 2
Radiografia de tórax PA e perfil: calcificação pericárdica evidente.

Ao eletrocardiograma (ECG), apresentava fibrilação atrial e alterações da repolarização ventricular. Houve melhora parcial dos sintomas com o tratamento clínico realizado para insuficiência cardíaca. Durante a investigação das possíveis etiologias, foram obtidos os seguintes resultados: PPD não reativo, amostras de escarro negativas para BAAR (bacilo álcool ácido resistente), hormônios tireoidianos em níveis normais, FAN (fator antinuclear) e fator reumatoide negativos, sorologias para hepatites B e C negativas, sorologia para HIV negativa, tomografias computadorizadas

de tórax (Figura 3) e de abdômen negativas para presença de neoplasia, e cineangiogramia sem lesões obstrutivas.

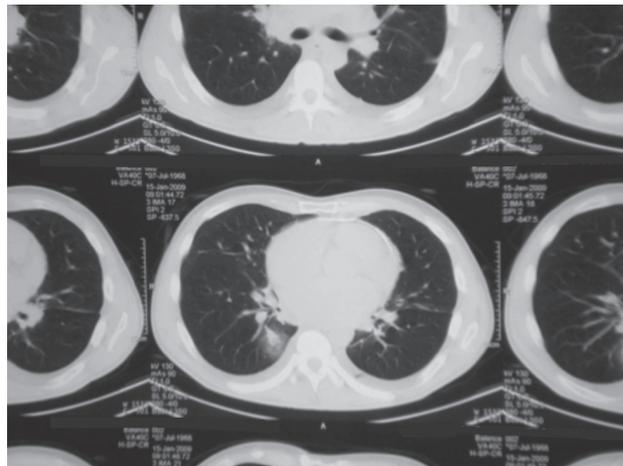


Figura 3
Tomografia computadorizada de tórax: calcificação pericárdica.

Realizada pericardiectomia para tratamento e esclarecimento diagnóstico, sendo encaminhada a amostra de pericárdio para análise, a qual mostrou membrana serosa com inflamação crônica discreta e fibrose, de etiologia não definida morfológicamente. Também não foram evidenciadas áreas displásicas ou neoplásicas. Recebeu alta hospitalar com melhora parcial do quadro.

Comentários

A pericardite constritiva (PC) clássica é caracterizada por fibrose do pericárdio, com ou sem calcificação, resultando em insuficiência cardíaca crônica refratária a tratamento, sendo necessária a realização de pericardiectomia como tratamento³; pode ocorrer após qualquer doença que acometa o pericárdio, contudo as causas mais comuns nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento são a tuberculose e a presença de imunodepressão^{4,5}.

Inicialmente acontece a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo (VE) devido à pressão diastólica final aumentada pelo déficit de relaxamento, evoluindo com aumento de átrio esquerdo e posterior disfunção sistólica do VE, não havendo relatos na literatura do tempo de evolução para a perda de função ventricular. Ao eletrocardiograma não existem sinais específicos de PC, sendo as alterações de segmento ST e onda T comuns em sua apresentação; também pode haver fibrilação atrial em estágio mais avançado devido ao aumento do átrio esquerdo^{1,2,4}.

A calcificação pericárdica pode ser evidente à radiografia de tórax, o que leva à forte suspeita do diagnóstico e está associada à maior duração do processo que levou ao quadro construtivo⁴, diferentemente da sua forma subaguda que pode ser transitória com resolução do quadro no decorrer do tempo, conforme a causa^{3,6}.

Apesar de ser relatado na literatura que a tuberculose está entre as causas que mais apresentam calcificação visível ao exame radiológico, não há evidências que ligam a alteração a uma etiologia específica^{4,5}. Também se observa que a visualização da calcificação à radiografia de tórax não é comum, sendo sua incidência variável conforme a revisão clínica, apresentando-se, por exemplo, nos Estados Unidos entre 5% e 27% de incidência e chegando até a 53% em estudo realizado na Europa^{5,7,8}.

O diagnóstico é dado pelo ecocardiograma transtorácico que pode mostrar o espessamento pericárdico (sensibilidade aumenta com o ecocardiograma transesofágico), contudo a PC pode ocorrer sem modificação na espessura do pericárdio; outros parâmetros ecocardiográficos são: movimento anormal do septo ventricular, ausência ou diminuição do colapso da veia cava inferior (VCI) e veias hepáticas, padrão restritivo das velocidades de fluxo mitral e tricúspide tipicamente variando com a respiração, e a velocidade no anel mitral⁴. Também são úteis a tomografia e a ressonância cardíaca para avaliação do espessamento e calcificação pericárdicos e dilatação da VCI, sendo que a não visualização dessas alterações não descarta o diagnóstico^{4,5}.

No caso relatado, consegue-se visualizar a calcificação pericárdica já no exame radiológico, visto melhor em perfil, o que chama a atenção por não ser de ocorrência comum e indicar um processo de longa data. A alta suspeita clínica foi confirmada com a realização do ecocardiograma transtorácico. Foram realizados vários exames para a investigação da etiologia da PC: inicialmente descartou-se o contato com o *Mycobacterium tuberculosis*, também a presença de vírus correlacionados com a doença, como hepatite e HIV; doenças tireoidianas, neoplásicas ou reumáticas também foram excluídas.

Conclui-se que a etiologia da pericardite constritiva no paciente relatado foi o trauma torácico sofrido há 20 anos, com evolução para um quadro de IC aguda – segundo a história relatada pelo paciente – e com aparente estabilização clínica na época, provavelmente pela formação de trombo no pericárdio atingido.

Não existem relatos relacionados ao tempo de evolução de um quadro de pericardite constritiva em decorrência de qualquer causa, e o que chama a atenção para o caso relatado é justamente o longo tempo de evolução do quadro até sua apresentação clínica.

Após o tratamento cirúrgico o paciente evoluiu com melhora do quadro clínico, permanecendo com leve disfunção ventricular esquerda, mantendo acompanhamento ambulatorial e tratamento clínico para IC.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

Referências

1. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, editors. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2008.
2. Griffin BP, Topol EJ, editors. Manual of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
3. Haley JH, Tajik AJ, Danielson GK, Schaff HV, Mulvagh SL, Oh JK. Transient constrictive pericarditis: causes and natural history. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(2):271-5.
4. Khandaker MH, Espinosa RE, Nishimura RA, Sinak LJ, Hayes SN, Melduni RM, et al. Pericardial disease: diagnosis and management. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(6):572-93.
5. Schwefer M, Aschenbach R, Heidemann J, Mey C, Lapp H. Constrictive pericarditis, still a diagnostic challenge: comprehensive review of clinical management. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009;36(3):502-10.
6. Sagristà-Sauleda J, Permanyer-Miralda G, Candell-Riera J, Angel J, Soler-Soler J. Transient cardiac constriction: an unrecognized pattern of evolution in effusive acute idiopathic pericarditis. *Am J Cardiol.* 1987;59(9):961-6.
7. Cameron J, Oesterle SN, Baldwin JC, Hancock EW. The etiologic spectrum of constrictive pericarditis. *Am Heart J.* 1987;113(2 Pt 1):354-60.
8. Reinmüller R, Gürkan M, Erdmann E, Kemkes BM, Kreutzer E, Weinhold C. CT and MR evaluation of pericardial constriction: a new diagnostic and therapeutic concept. *J Thorac Imaging.* 1993;8(2):108-21.