

ACOMETIMENTO CARDÍACO PRECOCE NO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

PREMATURE CARDIAC MANIFESTATION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Fabiana Pompeo de PINA¹
Graziela Jaci da SILVA²
Rafael Prado MARTINS²
Alexandre Nascimento PAIVA³
Rubens BONFIGLIOLI^{1,4}
José Roberto PROVENZA⁴

RESUMO

O acometimento cardíaco no Lupus Eritematoso Sistêmico ocorre em cerca de 15% a 50% dos pacientes. A pericardite é a manifestação mais freqüente. O tamponamento cardíaco é extremamente raro, principalmente como manifestação inicial da doença. Nesta pesquisa é descrito o caso de uma mulher jovem que apresentou como manifestação inicial do Lupus Eritematoso Sistêmico, tamponamento cardíaco, tendo sido tratada com altas doses de corticosteróides, necessitando ainda de pericardiocentese e instalação de janela pericárdica.

Termos de indexação: Lupus Eritematoso Sistêmico, pericardite estafilocócica, tamponamento cardíaco, janela pericárdica.

¹ Mestrandos, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

² Acadêmicos, 6º ano, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

³ Residente, 2º ano, Serviço de Reumatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas.

⁴ Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.R. PROVENZA.

ABSTRACT

Cardiovascular manifestations of Systemic Lupus Erythematosus occurs in 15 to 50% of the patients. Pericardial diseases – pericarditis- is the most common manifestation. Pericardial tamponade is extremely rare, specially as the initial manifestation of the disease. The authors describe the clinical findings of a young woman that presented pericardial tamponade as the initial manifestation of Systemic Lupus Erythematosus. She had been controlled by high doses of corticosteroids. Pericardiocentesis was performed and a pericardial window was installed.

Index terms: *systemic lupus erythematosus, staphylococcal pericarditis, pericardial tamponade, pericardial window.*

INTRODUÇÃO

O Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) caracteriza-se por uma síndrome inflamatória auto-imune, multissistêmica, com amplo espectro de manifestações, e quadro clínico marcado por períodos de exacerbações e remissões, tendo curso e prognóstico variáveis. É encontrado em todo o mundo, com prevalência entre 15-50/100 mil habitantes. Acomete predominantemente o sexo feminino (9:1) e seus primeiros sintomas costumam ocorrer entre as segunda e quarta décadas de vida. Sua imunopatologia é caracterizada por imunocomplexos, anticorpos patogênicos e hiperatividade de células T e B, com decorrentes lesões teciduais.

Apesar da pericardite ser a manifestação cardíaca mais freqüente no Lupus Eritematoso Sistêmico, o tamponamento cardíaco é raro. Existem na literatura cerca de treze casos descritos. Reportamos o caso de uma paciente que apresentou manifestações clínicas similares às citadas.

Um conjunto de fatores genéticos e ambientais levam à perda do controle da imunorregulação e conseqüente eclosão da doença^{1,2}. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) em atividade e acometimento cardíaco precoce.

RELATO DE CASO

E.S.G., sexo feminino, branca, 17 anos, natural e procedente de Presidente Prudente, SP. A paciente foi tratada de Artrite Reumatóide há 4 anos em outro serviço com prednisona 5mg/dia, difosfato de cloroquina 250mg/dia, tenoxicam 10mg/dia e paracetamol 750mg/dia. Em janeiro de 2002 foi hospitalizada no Hospital e Maternidade Celso Pierro com quadro de inapetência, dispnéia ao repouso, tosse seca e febre diária há cerca de 2 meses. Acompanhando o quadro apresentava poliartralgia de ritmo inflamatório em tornozelos, punhos, joelhos e emagrecimento (8kg em 1 ano).

Ao exame apresentava-se em Estado Geral Regular (REG), descorada, desidratada, taquipnéica, Pressão Arterial 70/40mmHg; Fc: 152bpm; Fr: 44rpm; T: 38°C. Avaliação Cardiorrespiratória (ACR): bulha ritmicas (BR) hipofonéticas taquicárdicas sem SA, com presença de estase jugular a 45° Múrmurio Vesicular (MV) ausente em base direita com estertores subcrepitantes em base E. Abdome: Ruídos Hidro-Aéreos (RHA+), escavado, normotenso, indolor à palpação, fígado palpável a 2cm do Rebordo Costal Direito (RCD). Oroscofia: hiperemia e presenças de úlceras puntiformes dolorosas em palato. Osteoarticular: ausência de artrites, bloqueios, crepitações e deformidades.

Exames complementares: Hemograma: Glóbulos Vermelhos (GV): 3,44; Hemoglobina (HB):

8,5; Hematócrito (Ht): 25,1; Volume Corpuscular Médio (VCM): 73; Pl: 390 000; Glóbulos brancos (GB): 4400; Bast: 396 (9%); Ne: 2728 (62%); Eo: 44 (1%); Ly: 616 (14%); Velocidade de Hemossedimentação (VHS): 120mm. Coagulograma: Atividade de Protrombina (AP): 85%; RNI: 1,09; Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA): 37,3; Uréia: 57; Creatinina: 0,9; Fator Anti-Nuclear (FAN): +:1/800 homogêneo, Coombs direto: +; Urina 1: proteínas: 25mg, hemáceas: 14000, leucócitos: 16000, proteinúria de 24h: 1625mg (volume urinário 1160mL); *Human Immunodeficiency Virus* (HIV): Soro Não-Reagente (SNR). VDRL: Soro Reagente (SR) (1/16). Raios X de tórax: velamento do seio costofrênico à esquerda, opacidade algodonsosa em bases e campo médio E, presença de dupla imagem cardíaca sugerindo derrame pericárdico. ECG: taquicardia sinusal. Ecocardiograma: derrame pericárdico de 600mL, folheto posterior espessado com cerca de 3cm. Líquido pleural com característica de transudato.

Diante do quadro apresentado fez-se diagnóstico de LES em atividade e instituiu-se pulsoterapia com ciclofosfamida 1000mg/mês e metilprednisolona 1g por 3 dias e manutenção com prednisona 60mg/d. Após 3 dias de internação, a paciente apresentou piora do estado geral e instabilidade hemodinâmica evoluindo com tamponamento cardíaco, choque cardiogênico e sepsis (hemocultura positiva para bacilos Gram negativos). Foi tratada com vancomicina, fluconazol e imipenem. A paciente foi submetida a pericardiocentese obtendo-se 240mL de líquido com características exsudativas. Foi instituída terapêutica com droga vasoativa (dopamina 5 amp – 20mL/h). Posteriormente, foi realizada janela pericárdica com drenagem de grande quantidade de líquido pericárdico purulento.

Como se observou, a paciente evoluiu satisfatoriamente com a terapêutica instituída, recebendo alta hospitalar 33 dias após a internação em uso de prednisona 60mg/dia, furosemida 20mg/dia, espironolactona 25mg/dia, captopril

25mg/dia. Atualmente a paciente faz seguimento ambulatorial, estando assintomática em uso de Captopril 25mg/dia e em esquema de pulsoterapia com ciclofosfamida 1000mg (6 mensais + 4 trimestrais) em retirada de prednisona (10mg/dia).

DISCUSSÃO

Devido a natureza pleomórfica do LES, torna-se difícil o diagnóstico precoce desta enfermidade. Apesar da pericardite ser sua alteração cardíaca mais comum, esta é rara como uma de suas primeiras manifestações³⁻⁵ O envolvimento cardiovascular em pacientes com LES inclui pericárdio, miocárdio e artérias coronárias com significativa morbimortalidade e tem sido descrito entre 50% e 89% em vários estudos, ao longo da evolução da doença⁶⁻⁸ A pericardite é geralmente assintomática, podendo ocorrer associada a outros sintomas e sinais de atividade da doença, apresentando-se como episódio agudo isolado ou recorrente.

As manifestações clínicas, às vezes de pouca expressão, caracterizam-se pela presença de dor precordial, artrite pericárdica, dispnéia, febre e taquicardias. A evidência clínica de derrame pericárdico inclui o abafamento dos sons cardíacos, distensão venosa jugular e pulso paradoxal⁹.

A pericardite purulenta é uma complicação rara e o tamponamento cardíaco é observado em cerca de 1% dos pacientes lúpicos¹⁰⁻¹². Este se deve ao acúmulo de fluido suficiente no saco pericárdico comprimindo a área cardíaca levando a um declínio da função cardíaca e a uma congestão venosa sistêmica. Seu diagnóstico, além das manifestações clínicas pode ser feito por método ecocardiográfico que apresenta como indicadores o colapso atrial e ventricular direitos, movimentação septal paradoxal, além de derrame pericárdico^{4,13,14}. Técnicas de medicina nuclear têm sido recentemente utilizadas como alternativa para a avaliação da função miocárdica em pacientes com LES.

A maioria dos casos discutidos em literatura referem-se a relatos isolados, que foram sumarizados por Reiner e Furie e Zashin e Lipsky^{15,16}. Se o tamponamento cardíaco apresenta baixa incidência, sua associação à pericardite purulenta torna-se ainda mais rara, sendo o agente mais freqüente o *Stafilococcus aureus*¹⁶. O tratamento dos casos relatados na literatura incluiu inicialmente esteróides em altas doses e pericardiocentese^{18,19}. Apenas 34% dos pacientes descritos foram submetidos à procedimento cirúrgico com instalação de janela pericárdica.

CONCLUSÃO

O breve diagnóstico e controle da atividade do LES deve ser o objetivo primordial do atendimento médico visando diminuir os riscos de complicações tardias, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, o envolvimento cardiovascular no LES despertou a atenção dos autores por sua freqüência, gravidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Dubois EL, Tuffanelli DL. Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus: Computer analysis of 520 cases. *JAMA* 1964; 190:104.
2. Quismorio FP. Clinical and laboratory features of systemic lupus Erythematosus. *In*: Wallace DJ, Hahn BH, editors. *Dubois' Lupus Erythematosus*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. Section VI:653-71.
3. Bahl BK, Vasan RS, Aradhye S, *et al.* Prevalence of cardiac abnormalities early in the course of systemic lupus erythematosus. *Am J Cardiol* 1991; 68:1540-41.
4. Crozier IG, Li E, Milne MJ. *et al.* Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus detected by echocardiography. *Am J Cardiol* 1990; 65:1145-48.
5. Ehrenfeld M, Asman A, Shpilberg O, *et al.* Cardiac tamponade as the presenting manifestation of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1989; 86:626-27.
6. Doherty NE, Siegel RJ. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Am Heart J* 1985; 110:1257-65.
7. Kong TQ, Kellum RE, Haserich JR. Clinical diagnosis of cardiac involvement in systemic lupus erythematosus: a correlation of clinical and autopsy findings in thirty patients. *Circulation* 1962; 26:7.
8. Sella EMC, Nunes DS, Sato EI. Manifestações cardiovasculares no lupus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:161-68.
9. Bidani AK, Roberts JL, Schwartz MM, *et al.* Immunopathology of cardiac lesions in fatal systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1980; 69:849-58.
10. Kahl LE. The spectrum of pericardial tamponade in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1992; 35:1343-49.
11. Kelly TA. Cardiac tamponade in systemic lupus erythematosus: an usual initial manifestation. *South Med J* 1987; 80:514-16.
12. Omdal R, Dickstein K, Von Brandis C. Cardiac tamponade in systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol* 1988; 1:55-7.
13. Shearn M. The heart in systemic lupus erythematosus. *Am Heart J* 1959; 58:452-66.
14. Singh S, Wann LS, Klopfenstein HS, *et al.* Usefulness of right ventricular diastolic collapse in diagnosing cardiac tamponade and comparison to pulsus paradoxus. *Am J Cardiol* 1986; 57:652-56.
15. Reiner JS, Furie RA. Cardiac tamponade as an initial manifestation of systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1989; 16:1127-29.
16. Zashin SJ, Lipsky PE. Pericardial tamponade complicating Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 1989; 16:374-77.

17. Dorlon RE, Smith JM, Cook EH, *et al.* Staphylococcal pericardial effusion with tamponade in a patient with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1982; 9:813-14.
18. Berbis N, Allen J, Dubois E. Le risque de la pericardicentese dans le lupus erythemateux dissemine: A propos d'uncas et revue de la literature Revue du (in French). *Rhusmatisme* 1977; 44:359.
19. Rosner S, Ginzler EM, Diamond HS, *et al.* A multicenter study of outcome in systemic lupus erythematosus. II. Causes of death. *Arthritis Rheum* 1982; 25:612.

Recebido e aceito para publicação em 19 de setembro de 2003.

