

Supradesnivelamento do Segmento ST Localizado como Apresentação Atípica de Perimiocardite Aguda

Located ST-Segment Elevation as Atypical Presentation of Acute Perimiocarditis

Paulo Vinicius Prates Silva, Murillo Oliveira Antunes, Marcel Paula Pereira, Alexandre Matos Soeiro, Mucio Tavares Oliveira Júnior, Aymée Lustosa Nogueira Torres

Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil.

Resumo

Relatamos o caso de um paciente jovem admitido no pronto-socorro com quadro de dor precordial. O eletrocardiograma de admissão identificou supradesnivelamento do segmento ST localizado em parede lateral associado à imagem em “espelho”, com enzimas cardíacas altamente elevadas, o que sugere diagnóstico de síndrome coronariana com supradesnivelamento de ST. O ecocardiograma evidenciou derrame pericárdico com fração de ejeção preservada e ausência de alterações segmentares, sugerindo, assim, pericardite aguda, com comprometimento do miocárdio. Desta forma, foi realizada ressonância magnética cardíaca, que evidenciou presença de realce tardio não isquêmico, confirmando o diagnóstico de perimiocardite. Trata-se de situação pouco frequente na prática clínica e que merece maior compreensão e atenção por parte dos médicos que trabalham em prontos-socorros.

Introdução

A pericardite aguda é um processo inflamatório do pericárdio de diversas etiologias, infecciosas e não infecciosas, das quais 80 a 90% são idiopáticas a pressupor causa viral. No pronto-socorro, 5% dos pacientes com queixa de dor torácica afastados da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e 1% com supradesnivelamento de segmento ST tinham pericardite aguda.^{1,2}

O Eletrocardiograma (ECG) é o principal exame no diagnóstico de pericardite aguda. O infradesnivelamento do segmento PR, muitas vezes ignorado, pode ser o único achado e, embora menos sensível, é altamente específico na pericardite aguda. Porém, o achado clássico descrito é presença do supradesnivelamento do segmento ST, com concavidade para cima, difuso e envolvendo várias derivações que diferenciam da isquemia miocárdica transmural.^{3,4}

A pericardite nem sempre resulta em mudanças típicas

do ECG. A elevação do segmento ST pode envolver menor número de derivações, e a localização em paredes específicas do coração dificulta a distinção entre a SCA com supradesnivelamento de ST.

Além do mais, o comprometimento do pericárdio pode ser estendido para o músculo cardíaco, ocasionando elevação de enzimas cardíacas e determinando a perimiocardite. O ecocardiograma com presença de derrame pericárdico e ausência de alterações segmentares, associado com história clínica e ECG, confirma o diagnóstico. A Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) deve ser solicitada na dúvida diagnóstica e na avaliação prognóstica, quando possível, identificando os sinais de injúria inflamatória perimiocárdica por técnica do realce tardio.

É relatado o caso de um paciente jovem, admitido no pronto-socorro com dor precordial súbita e ECG altamente sugestivo de SCA com supradesnivelamento do segmento ST localizado.

Caso clínico

Paciente do sexo masculino, 16 anos, deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor precordial de início súbito há 20 minutos enquanto estava em repouso (assistindo aula). A dor em aperto, com localização retroesternal, de intensidade 7/10, sem irradiações e sem fatores de melhora ou piora. Negava patologia prévia e uso de drogas ilícitas. Referia quadro de febre (38,1°C) no dia anterior e mialgia difusa, na ausência de diarreia ou sintomas gripais, mas o exame físico era normal, e não apresentava sopros e nem atritos pericárdicos.

O ECG na admissão evidenciou ritmo sinusal e supradesnivelamento do ST nas derivações DI, AvL, V4, V5 e V6, com infradesnivelamento, e imagem em “espelho” nas derivações V1, V2 e DIII. O paciente recebeu dupla antiagregação plaquetária e enoxaparina, além de nitrato sublingual. Após o uso do nitrato, apresentou diminuição do supradesnivelamento do segmento ST (Figura 1) e melhora da dor, persistindo dor de menor intensidade, residual, contínua e irradiada para dorso.

Os marcadores de necrose miocárdica estavam bem elevados com troponina TnI-Ultra acima de 50 ng/dL e isoenzima MB da Creatina Quinase (CK-MB) 90,3 U/L (valores de referência < 0,04 e < 4,0, respectivamente). Foi realizado ecoDopplercardiograma, que evidenciou espessamento pericárdico e Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 50%, sem alterações segmentares.

Na ausência de alterações segmentares ao ecocardiograma associado ao derrame pericárdico, foi aventada a hipótese de

Palavras-chave

Miocardite; Infarto Agudo do Miocárdio; Eletrocardiografia.

Correspondência: Murillo de Oliveira Antunes •

Unidade Clínica de Emergências do Instituto do Coração, Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 44, Cerqueira César. CEP 05403-900, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dr.murilloantunes@gmail.com

Artigo recebido em 23/10/2018; revisado em 27/11/2018; aceito em 8/3/2019

DOI: 10.5935/2318-8219.20190038

Relato de Caso

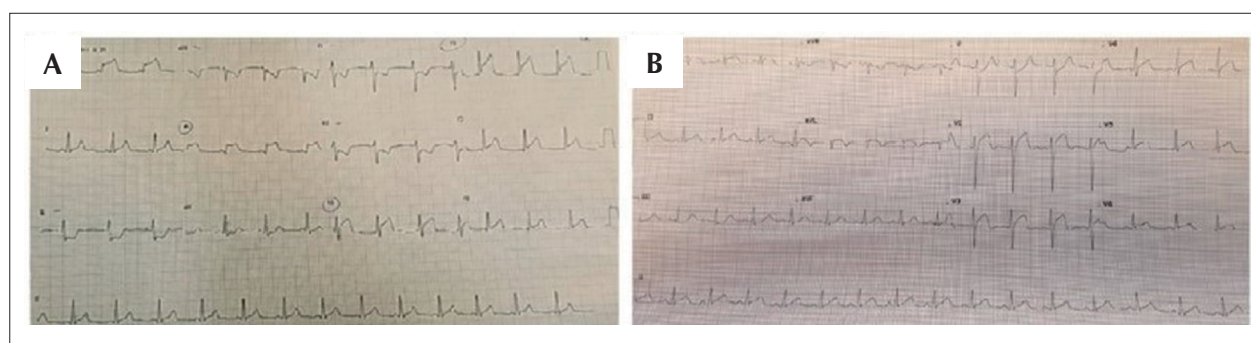


Figura 1 – Eletrocardiograma na admissão (A) e pós-nitrato (B).

pericardite aguda acarretando comprometimento do músculo cardíaco – perimiocardite.

O paciente foi medicado objetivando alívio dos sintomas de dor e redução de recorrências com anti-inflamatório e colchicina, respectivamente; como não apresentava disfunção ventricular esquerda, não recebeu drogas antirremodelamento (Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina – IECA ou betabloqueador).

No quarto dia da internação, realizamos RMC que constatou FEVE de 60%, derrame pericárdio mínimo com presença de edema e realce tardio de padrão não isquêmico, não respeitando território coronariano, multifocal, mesoepicárdico anterolateral médio e lateral apical, compatível com comprometimento inflamatório do músculo cardíaco – miocardite (Figura 2). Evoluiu de forma favorável com melhora da dor, recebendo alta em 48 horas com seguimento ambulatorial.

Discussão

Relatamos o caso de paciente jovem, sem fatores de risco para DAC, com quadro de perimiocardite, que é definida pela inflamação aguda do pericárdio associada a comprometimento do músculo cardíaco. Pericardite aguda é inflamação do saco pericárdico com ou sem derrame pleural associado, respondendo por 5% dos casos de dor torácica no setor de emergência.⁵ A principal etiologia é idiopática/viral, em 80 a 90% dos casos nos países desenvolvidos; os demais são causas bacterianas (sendo a tuberculose a mais comum), doenças autoimunes, neoplásicas (principalmente câncer de mama e linfoma) ou metabólicas (uremia e mixedema).⁶

O diagnóstico é feito por quatro critérios, sendo dois deles obrigatórios: (1) dor torácica, tipicamente pleurítica, há piora quando em decúbito dorsal e melhora ao inclinar o tronco para frente; (2) ausculta de atrito pericárdico (<33% dos casos); (3) achados no ECG, como supradesnivelamento de ST difuso e infradesnivelamento de PR; (4) achado de derrame pericárdico, melhor visualizado pelo ecocardiograma.⁷

A pericardite na forma aguda, principalmente em prontossocorros, pode se apresentar com achados semelhantes aos de uma SCA como dor torácica similar à dor anginosa, alterações no ECG e elevação dos marcadores de necrose miocárdica.⁸

As alterações eletrocardiográficas observadas na pericardite

têm importância fundamental no diagnóstico e dependem da fase evolutiva em que se encontra a agressão inflamatória miocárdica: nas fases iniciais (horas e dia). É comum o aparecimento de supradesnivelamento do segmento ST côncavo e difuso (exceto em AvR e V1, nos quais ocorre infradesnivelamento), sem respeitar território da anatomia coronariana, com onda T apiculada e leve aumento da amplitude.^{9,10} Outra característica fortemente associada à pericardite é o infradesnivelamento de PR, mais visualizado nas derivações V5 e V6.¹¹

A perimiocardite é definida na presença de elevação de marcadores de necrose miocárdica, sem que ocorra disfunção ventricular (comprometimento do pericárdio e miocárdio).⁷ A RMC é uma metodologia de grande utilidade para o estudo das doenças pericárdicas, permitindo identificar derrame e espessamentos pericárdicos com acurácia superior à ecocardiografia.³ Por vezes, quando o diagnóstico diferencial de SCA não pode ser descartado ou confirmado, a RMC torna-se imprescindível na avaliação da localização do realce tardio/fibrose, que permite a diferenciação entre áreas de dano miocárdico por trombose coronariana ou vasoespasmos e sinais sugestivos de injúria miocárdica inflamatória da perimiocardite.

A angiotomografia coronariana também pode ser utilizada no diagnóstico diferencial da SCA com alto valor preditivo negativo na exclusão de doença coronariana.³

Paciente com diagnóstico e sem fatores de risco (febre, derrame pleural > 20 mm, tamponamento cardíaco, início subagudo, etiologia específica ou não resposta ao tratamento inicial nos 7 primeiros dias) não necessitam de internação hospitalar.⁷

O tratamento inicial é feito com Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINEs), com preferência para ibuprofeno 600 mg a cada 8 horas ou indometacina 25 a 50 mg a cada 8 horas ou ácido acetilsalicílico 750 a 1.000 mg a cada 8 horas por 1 a 2 semanas. Nestes casos, sempre associar inibidor de bomba de próton. Colchicina deve ser adicionada e mantida por 3 meses na dose de 0,5 mg duas vezes ao dia (se peso > 70 kg) ou uma vez ao dia (se peso < 70 kg), com menores taxas de recorrência da doença.^{3,12}

O uso de corticoide deve ser considerado como tratamento de segunda linha nos pacientes com contraindicações ou que falharam com AINE ou ácido acetilsalicílico. A dose de

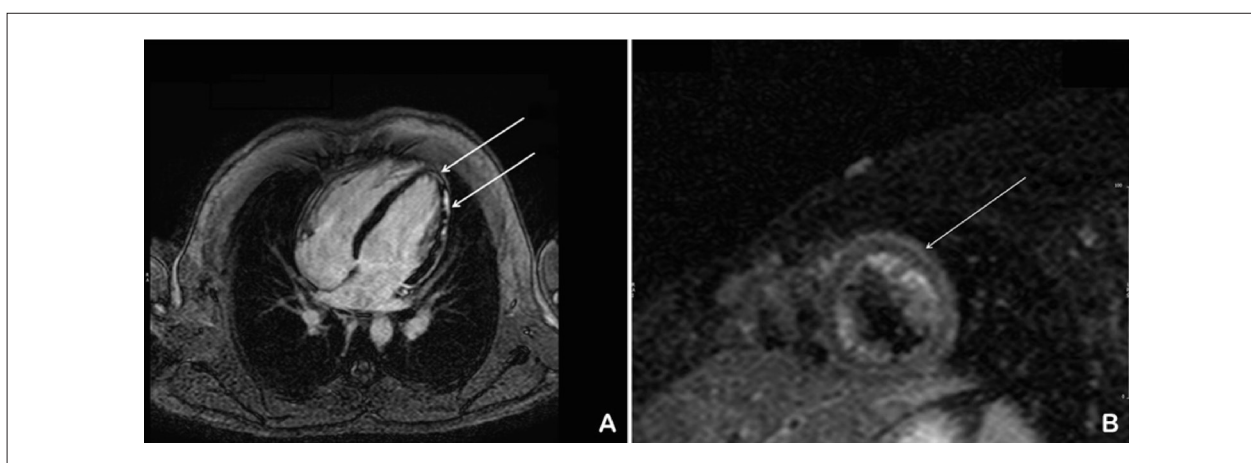


Figura 2 – Ressonância magnética cardiovascular com realce tardio de padrão não isquêmico mesoepicárdico: (A) 4 câmaras; (B) eixo curto.

prednisona é de 0,2 mg/kg com uso por 6 meses e desmame gradual da medicação.³

O prognóstico da doença é bom, e o tamponamento cardíaco raramente ocorre, sendo mais comum nos casos em que há etiologia bem estabelecida.¹²

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Silva PVP, Antunes MO; Obtenção de dados: Silva PVP, Pereira MP; Análise

e interpretação dos dados: Silva PVP, Antunes MO, Torres ALN; Análise estatística: Silva PVP, Antunes MO; Obtenção de financiamento: Silva PVP; Redação do manuscrito: Silva PVP, Torres ALN; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Antunes MO, Soeiro AM, Oliveira MT.

Potencial Conflito de Interesses:

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Referências

1. Meneghini A, Breda JR, Ferreira C. Pericardite aguda. In Serrano Jr CV, Timerman A, Stefanini E. Tratado de cardiologia SOCESP 2ª ed. Barueri: Editora Manole; 2009. p. 1961-78.
2. Brady WJ, Perron AD, Martin ML, Beagle C, Aufderheide TP. Cause of ST segment abnormality in ED chest pain patients. Am J Emerg Med. 2001;19(1):25-8.
3. Montera MW, Mesquita ET, Colafranceschi AS, Oliveira Junior AM, Rabischoffsky A, Ianni BM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Miocardites e Pericardites. Arq Bras Cardiol. 2013;100(4 supl. 1):1-36.
4. Mangini S, Conceição-Souza GE, Ramires JAF. Pericardites. In: Veronesi R. Tratado de infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 2067-94.
5. LeWinter MM. Clinical practice. Acute pericarditis. N Engl J Med. 2014;371(25):2410-6.
6. Goland S, Caspi A, Malnick SD. Idiopathic chronic pericardial effusion [Letter]. N Engl J Med. 2000;342(19):1449.
7. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al.; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015;36(42):2921-64.
8. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol. 2002;79 (supl II):1.
9. Baljapally R, Spodick DH. PR-segment deviation as the initial electrocardiographic response in acute pericarditis. Am J Cardiol. 1998;81:1505-6.
10. Bruce MA, Spodick DH. Atypical electrocardiogram in acute pericarditis: characteristics and prevalence. J Electrocardiol. 1980;13:61-6.
11. Imazio M, Brucato A, Cemin R, Ferrua S, Maggolini S, Beqaraj F, et al.; ICAP Investigators. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. N Engl J Med. 2013;369(16):1522-8.
12. Bashour FA, Cochran PW. The association of electrical alternans with pericardial effusion. Dis Chest. 1963;44:146-53.