

**TAMPONAMENTO CARDÍACO COMO UMA DAS PRIMEIRAS  
MANIFESTAÇÕES DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**  
*CARDIAC TAMPONADE AS ONE OF THE FIRST MANIFESTATIONS OF  
SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS*

Michelle Keiko Molina<sup>1</sup>, Erika Bettini de Sá<sup>2</sup>, Evandro Bertanha Nunes<sup>1</sup>, Gilberto dos Santos Novaes<sup>3</sup>

**RESUMO**

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune de causa desconhecida que pode produzir apresentações clínicas variáveis, com períodos de remissões e de recaídas. O diagnóstico é confirmado pela presença de quatro dos onze critérios clínicos e/ou laboratoriais (erupção malar, erupção discoide, fotossensibilidade, úlceras da mucosa oral, artrite, serosite, distúrbio renal, distúrbio neurológico, distúrbio hematológico, distúrbio imunológico e anticorpo antinuclear). Dentre as manifestações cardiovasculares, o derrame pericárdico e a pericardite clínica são observados na maioria dos pacientes. Porém, o tamponamento cardíaco é raro como manifestação clínica.

Descritores: lúpus eritematoso sistêmico, tamponamento cardíaco, derrame pericárdico.

**ABSTRACT**

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a disease whose cause is not clear and which may cause different clinical combinations, characterized by remissions and relapses. The diagnosis of SLE is made when the patient presents a combination of four or more of 11 criteria based on clinical features and antibodies (malar rash, discoid rash, photosensitivity, oral ulcers, arthritis, serositis, renal disorder, neurologic disorder, hematologic disorder, immunologic disorder and antinuclear antibodies). Among the cardiovascular manifestations, pericardial effusion and symptoms of pericarditis are observed in most patients. Nevertheless, cardiac tamponade is rare as a clinical manifestation.

Key-words: systemic lupus erythematosus, cardiac tamponade, pericardial effusion.

**INTRODUÇÃO**

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença do tecido conectivo, de origem autoimune, caracterizada por reações inflamatórias em diversos órgãos e sistemas e que evolui intercalando períodos de atividade e remissão.<sup>1</sup>

A pericardite pode ocorrer em quatro a 45% dos pacientes, sendo uma complicação cardíaca comum. Já o tamponamento cardíaco é raro,<sup>2,3</sup> e poucos casos são encontrados na literatura como sendo uma das manifestações iniciais da doença.<sup>4,6</sup>

Desses casos descritos, a maioria apresenta uma evolução benigna, quando diagnosticada e tratada adequadamente.

O tratamento inclui o uso de corticoides em altas doses, associados ou não à pericardiocentese, dependendo da gravidade do caso.<sup>2,3,7</sup>

O caso descrito é de uma paciente que apresentou, como uma das manifestações iniciais do LES, um quadro de tamponamento cardíaco, com evolução rápida e inesperada, já que se encontrava em uso de corticosteroides em baixa dose.

**RELATO DE CASO**

Paciente de 41 anos, sexo feminino, iniciou um quadro de poliartralgia havia quatro meses da internação. Foi suspeitado de LES e iniciado o tratamento com difosfato de cloroquina 250 mg/dl e prednisona 10 mg/d com melhora do quadro articular. Entretanto, a paciente evoluiu com queixa de fraqueza muscular proximal, disfagia e afonia.

Durante a internação foram feitos vários exames que descartaram um quadro de miosite, alteração funcional em cordas vocais e processo compressivo localizado.

O diagnóstico de LES foi realizado devido à proteinúria de 24h acima 500 mg/dl, FAN, anti-DNA e anti-Sm positivos e artrite não erosiva.

Durante a internação foi mantida a dose de prednisona 10 mg/d e suspenso o difosfato de cloroquina. No entanto, a paciente evoluiu, em menos de uma semana, com um quadro de dispneia, não tolerando decúbito, edema de membros inferiores, abafamento de bulhas e estase jugular associados à dor torácica. Também apresentava, ao exame físico diminuição de murmúrio vesicular em base do hemitórax esquerdo. Foi realizada uma radiografia de tórax (Figura 2), que evidenciou cardiomegalia; e um ecocardiograma de urgência (Figura 3), que mostrou um quadro de derrame pericárdico importante, comprometendo enchimento diastólico das câmaras direitas, associado a uma fração de ejeção de 0,74 e um derrame pleural à esquerda.

**Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 3, p. 108 - 111, 2012**

1. Residente em Clínica Médica - FCMS/PUC-SP

2. Aprimoranda em Reumatologia - FCMS/PUC-SP

3. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 4/8/2011. Aceito para publicação em 24/1/2012.

Contato: chelle\_molina@hotmail.com

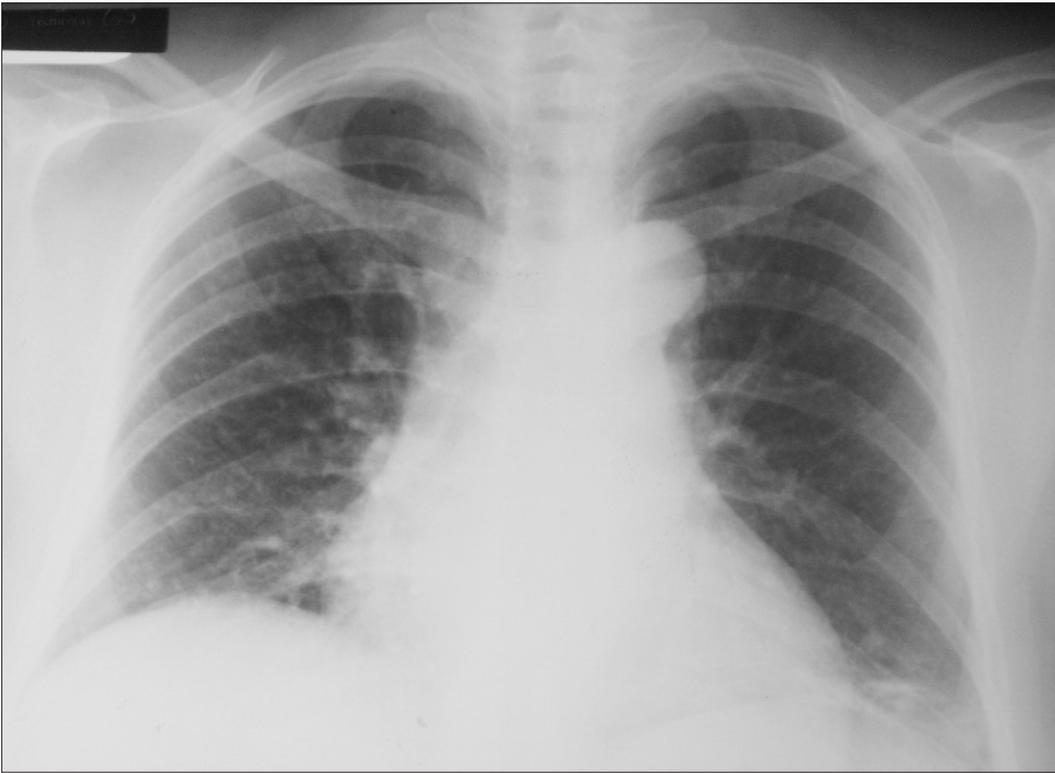


Figura 1. Radiografia de tórax de admissão

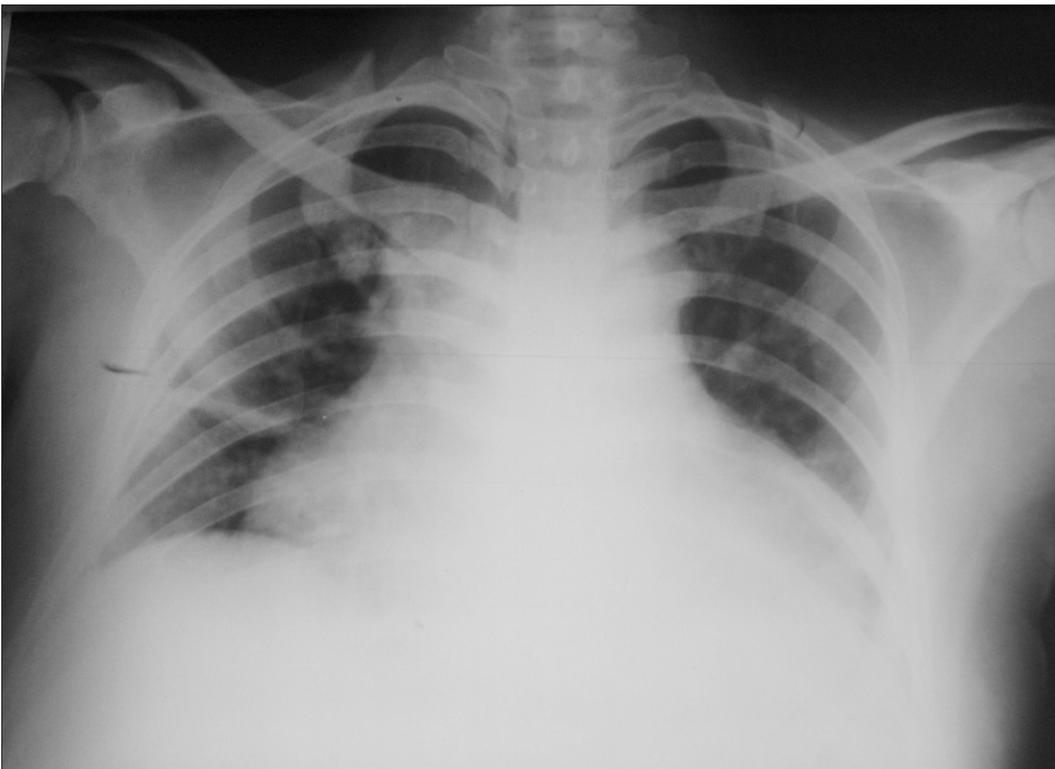


Figura 2. Radiografia de tórax após uma semana de internação

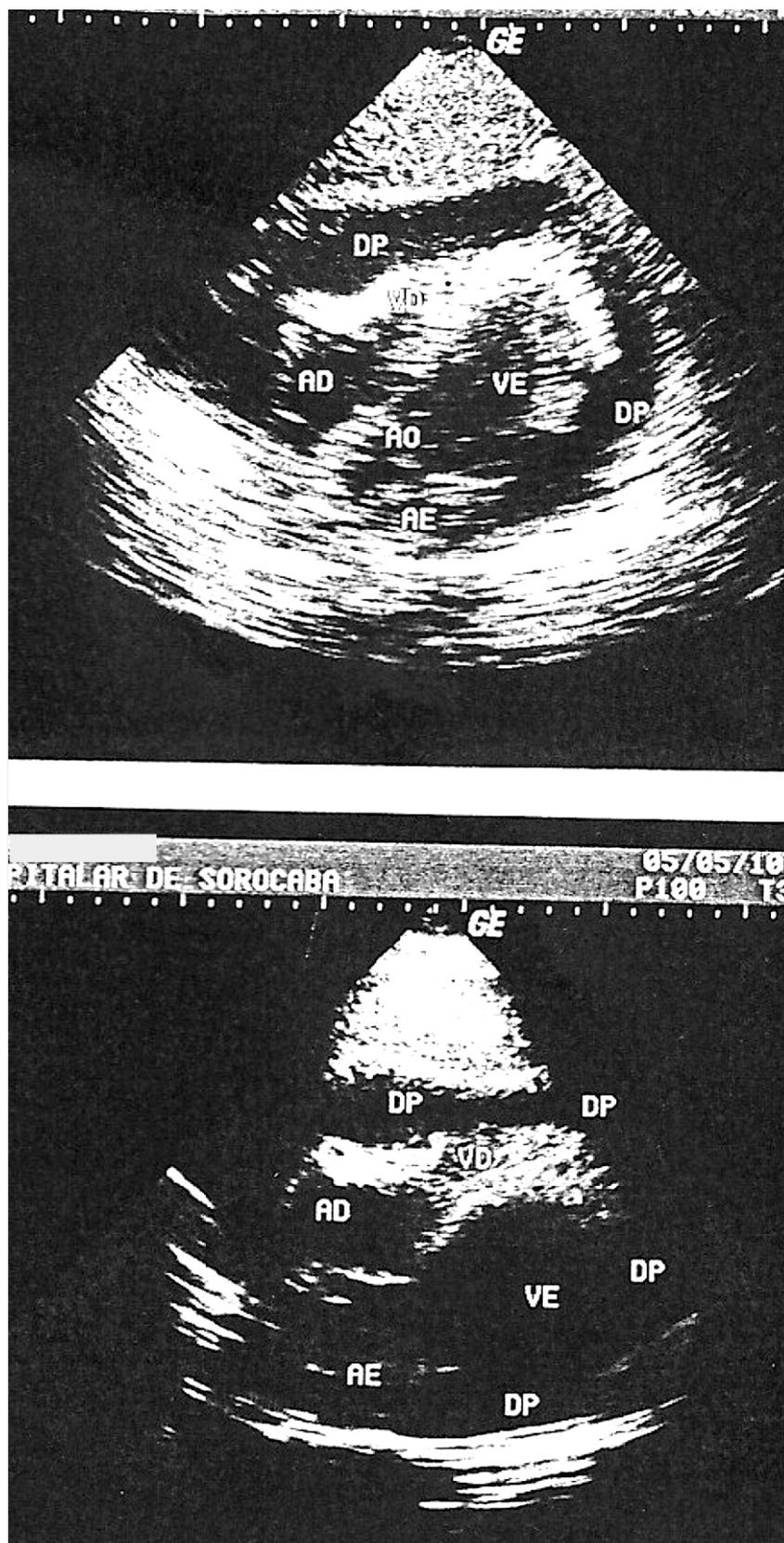


Figura 3. Ecocardiograma evidenciando derrame pericárdico importante

Devido à instabilidade hemodinâmica foi necessária a drenagem pericárdica, que obteve um débito de aproximadamente 1.200 ml de líquido serossanguinolento.

Após o procedimento foi observada melhora importante dos sintomas apresentados pela paciente. Também foi realizada pulsoterapia com metilprednisolona 1 g/dia, por três dias consecutivos. Paciente recebeu alta com prednisona 60 mg/dia e bom estado geral.

## DISCUSSÃO

Embora o quadro de pericardite no LES já tenha sido bem descrito, a ocorrência de tamponamento cardíaco é rara (1%),<sup>7,8</sup> principalmente como manifestação inicial da doença.<sup>9</sup>

O pericárdio contém, em média, 50 ml de fluido. Em derrames agudos, pequena quantidade de líquido poderia causar um tamponamento cardíaco. Quando esse acúmulo é lento (semanas a meses), o saco pericárdico pode se distender e permitir volumes de até dois litros.<sup>11,12</sup>

É importante conhecer as características do líquido para que se faça o diagnóstico diferencial com outras etiologias.<sup>9</sup> Entre elas, podemos citar: viral, bacteriana, tuberculose, uremia, pós-infarto agudo do miocárdio, neoplasia e trauma.<sup>9</sup> No LES, o líquido geralmente se apresenta hemorrágico, com baixos níveis de complemento e altos títulos de FAN.<sup>1-3</sup>

Os sinais clínicos do tamponamento pericárdico incluem: estase jugular a 45° com sinal de Kussmaul, bulhas cardíaca abafadas, hipotensão postural, diminuição da amplitude dos complexos QRS ao eletrocardiograma, pulso paradoxal de Kussmaul e até dissociação eletromecânica.<sup>11,12</sup>

A dose de anti-inflamatório esteroide considerado suficiente para tratamento de derrames pericárdicos varia entre 10 - 30 mg/d. Também podem ser utilizados anti-inflamatórios não esteroidais.<sup>2,3</sup>

O tratamento deve ser realizado com pericardiocentese, quando paciente se encontrar instável ou houver dúvida do diagnóstico, associado a altas doses de corticoides, tomando o devido cuidado de excluir causas infecciosas que poderiam levar à septicemia e óbito.

## REFERÊNCIAS

1. Imboden J, Hellmann D, Stone J. *Current reumatologia: diagnóstico e tratamento*. 2a ed. New York: McGrawHill; 2007. p.203-5,211-7.
2. Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ. *Primer on the rheumatic diseases*. 13a edn. New York: Springer; 2008. p. 327-39
3. Klippel JH, Dieppe PA, editors. *Rheumatology*. 2a ed. Boston: Mosby; 1998. p. 71-8.
4. Reiner JS, Furie RA. Cardiac tamponade as an initial manifestation of systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1989; 16: 1127-9.
5. Lee IH, Yang SC, Kim TH, Jun JB, Jung SS, Bae SC, et al. Cardiac tamponade as an initial manifestation of systemic lupus erythematosus: single case report. *J Korean Med Sci*. 1997; 12:75-7.
6. Nour-Eddine M, Bennis A, Soulam S, Chraibi N. Cardiac tamponade disclosing systemic lupus erythematosus. *Ann Cardiol Angeiol*. 1996; 45:71-3.
7. Carvalho MAP, Lanna CCD, Bertolo MB, *Reumatologia: diagnóstico e tratamento*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 364-86.
8. Castier MB, Albuquerque EMN, Menezes MECC, Klumb E, Albanesi FM. Tamponamento cardíaco no lúpus eritematoso sistêmico. *Arq Bras Cardiol*. 2000; 75:443-5.
9. Topaloglu S, Aras D, Ergun K, Atay H, Alyan O, Akgul A. Systemic lupus erythematosus: an unusual cause of cardiac tamponade in a young man. *Eur J Echocardiogr*. 2006; 7(6):460-2.
10. Chagas AC, Chagas FRML. *Manual prático em cardiologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 129.
11. Barreto SSM, Dalcin PTR, Jeffman M, Brenol JCT. Envolvimento pleuropulmonar no lúpus eritematoso sistêmico: revisão de aspectos clínicos e diagnósticos. *J Pneumol*. 1997; 23(1):24-32.
12. Ribeiro ARG, Carvalho DB, Simões MJ, Pinto CC, Maia JRS. Paciente lúpica em programa dialítico com serosite. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2009; 11(4):23-6.