

# PACIENTE JOVEM COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Fabiana de Freitas Grilo<sup>1</sup>, Helena Las Casas de Oliveira<sup>1</sup>, Fernanda Pivan Ferreira de Souza<sup>1</sup>, José Roberto Maiello<sup>2</sup>, Marilda Trevisan Aidar<sup>3</sup>, Gilberto Santos Novaes<sup>4</sup>.

## RESUMO

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença do tecido conectivo com envolvimento multissistêmico, de natureza autoimune, e que entre outros sistemas acomete o aparelho cardiovascular. Não é comum a ocorrência de oclusão coronariana levando a infarto agudo do miocárdio. Apesar de raro, o infarto do miocárdio pode ocorrer e ser recorrente. Neste artigo descrevemos o caso de uma paciente jovem, de sexo feminino, que aos 15 anos de idade apresentou infarto agudo do miocárdio. A paciente tinha diagnóstico de LES de acordo com os critérios de classificação de LES do Colégio Americano de Reumatologia. O infarto agudo do miocárdio foi diagnosticado pelo quadro clínico, eletrocardiográfico e alterações enzimáticas. A cinecoronariografia revelou irregularidades parietais de grau discreto a moderado em artéria coronária direita. A raridade deste evento, a possibilidade de sua prevenção, bem como a descrição do curso evolutivo e seu tratamento, motivou a apresentação deste caso e a revisão de literatura relacionando infarto agudo do miocárdio com lúpus eritematoso sistêmico em pacientes jovens.

**Descritores:** Lúpus eritematoso sistêmico, infarto do miocárdio.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 1, n. 1: 10-13, 1999

## INTRODUÇÃO

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença do tecido conectivo, de natureza autoimune, que acomete vários órgãos e tecidos. Entre as proteiformes manifestações clínicas encontradas em pacientes lúpicos as manifestações cardiovasculares têm sido encontradas em número crescente de casos<sup>2,3</sup>. Ocorrem em 40 a 50% dos pacientes avaliados clinicamente<sup>9,13</sup> e podem alcançar 60 a 80% das pacientes lúpicas em avaliações utilizando ecocardiografia com Doppler e ecocardiografia transefágica<sup>16,29,30</sup>. O envolvimento cardíaco geralmente é de pouca expressão clínica e hemodinâmica, o que faz com que frequentemente passe despercebido na prática clínica.

O primeiro relato clínico de acometimento cardíaco no LES foi feito por Osler<sup>26</sup> em 1895 que relacionou a endocardite e a pericardite como manifestações lúpicas. Libman e Sacks<sup>23</sup> em 1924 descreveram a endocardite verrucosa em autópsias de pacientes lúpicos. Gross<sup>17</sup> em 1932 fez estudo anatomopatológico das lesões cardíacas no LES, descrevendo em detalhes a endocardite e

a pericardite.

As alterações cardíacas mais frequentemente descritas no LES são as relacionadas ao pericárdio, miocárdio, endocárdio-valvar e as lesões coronarianas<sup>7,10,12,15,19,22</sup>. O comprometimento cardíaco representa um impacto no prognóstico de pacientes com LES. Análises uni e multivariadas de populações lúpicas revelam que pericardite e anormalidades eletrocardiográficas estão entre os fatores preditivos de pior prognóstico nestes pacientes<sup>35</sup>.

A ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM) devido a alterações lúpicas não é evento comum em pacientes lúpicos jovens<sup>3</sup>. Medidas preventivas com atenção aos fatores de risco coronariano, assim como o diagnóstico e tratamento precoce da insuficiência coronária em pacientes lúpicos pode evitar um curso clínico indesejável e uma recorrência fatal.

Neste artigo descrevemos o caso de uma paciente jovem, do sexo feminino, que aos 15 anos de idade apresentou infarto agudo do miocárdio. A raridade deste evento, a possibilidade de sua prevenção, bem como a descrição do curso evolutivo e seu tratamento, motivou a apresentação deste caso e o estudo da literatura relacionando infarto agudo do miocárdio com lúpus eritematoso sistêmico em pacientes jovens.

## RELATO DO CASO

Paciente V.S., 15 anos de idade, sexo feminino, branca, brasileira, natural de Boituva, foi encaminhada ao Pronto Socorro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba apresentando dor precordial de duas horas de duração, em aperto, sem relação com esforços, com piora progressiva da dor, que passou a irradiar para o pescoço e para o dorso. Apresentava também dispnéia sem outros sintomas acompanhantes. A paciente tinha antecedente de três internações anteriores no período de um ano. Na primeira

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas - CCMB / PUC-SP

<sup>1</sup> Acadêmicas do 6º ano de graduação do curso de Medicina

<sup>2</sup> Professor assistente-mestre do Depto. de Medicina - Disciplina de Cardiologia

<sup>3</sup> Auxiliar de ensino do Depto. de Medicina - Disciplina de Reumatologia

<sup>4</sup> Professor associado do Depto. de Medicina - Disciplina de Reumatologia

Correspondência: Gilberto Santos Novaes - Praça Dr. José Erminio de Moraes, 290 - CEP 18030-230 - Sorocaba - SP - Tel.: (15) 231-4740 - Fax: (15) 233-6465 - e-mail: gnovaes@virtua.com.br

Recebido em 07/07/1999

Aceito para Publicação em 13/08/1999

internação foi diagnosticado “reumatismo”; na segunda, não soube precisar o diagnóstico mas relatou o aparecimento de manchas vermelhas na pele e na terceira internação, poliartralgia autolimitada que evoluiu sem seqüelas. A paciente estava sendo medicada com prednisona 40 mg ao dia. Também relatou tabagismo por curto período e ciclos menstruais ausentes há mais de um ano.

A paciente foi internada na UTI com diagnóstico de IAM há 7 horas. Ao exame físico, estava em bom estado geral, sem febre, acianótica, anictérica, corada, hidratada e consciente. Foram observadas lesões necróticas de polpa digital em falanges distais do terceiro e quarto dedos da mão direita. Encontrava-se hemodinamicamente estável. A ventilação era espontânea, com freqüência respiratória de 16 incursões por minuto e pulmões sem ruídos adventícios. PA=130x80mmHg, FC=80bpm, ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas e sem sopros. Abdome era flácido e indolor à palpação com presença de ruídos hidroaéreos e ausência de visceromegalias. Os exames laboratoriais revelavam Rx de tórax sem anormalidades, eletrocardiograma com ritmo sinusal, freqüência cardíaca de 83 batimentos por minuto, eixo cardíaco entre zero e trinta graus, com supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e AVF acompanhado de infradesnivelamento em parede anterior extensa. Ecocardiograma com discreta hipocinesia do ventrículo esquerdo, mais intensa em parede inferior, função sistólica global comprometida e sem outras anormalidades. TAP = 22”, TP = 86%, proteínas totais = 6,9 g/dL, albumina = 4,3g/dL, globulina = 2,6g/dL, Na = 145 mEq/L, K = 4,7 mEq/L, uréia = 28mg/dL, creatinina = 0,6mg/dL, hematócrito = 35%, hemoglobina = 11,5 g/dL, leucócitos = 14600/mm<sup>3</sup>, glicemia = 94mg/dL. FAN positivo homogêneo (IFI), anti-DNA positivo fraco = 120,7UI (Elisa). Complemento C3 = 94,6mg/dL e C4 = 54mg/dL.

Os resultados das enzimas foram CPK = 362 U/L (1º dia), 354 U/L (2º dia) para um valor normal até 165 U/L; CKMB = 37 U/L (1º dia), 28 U/L (2º dia) para um valor normal até 15 U/L.

A cinecoronariografia mostrou irregularidades parietais de grau discreto a moderado em coronária direita como apresentado na Figura 1, sem anormalidades nas outras artérias.

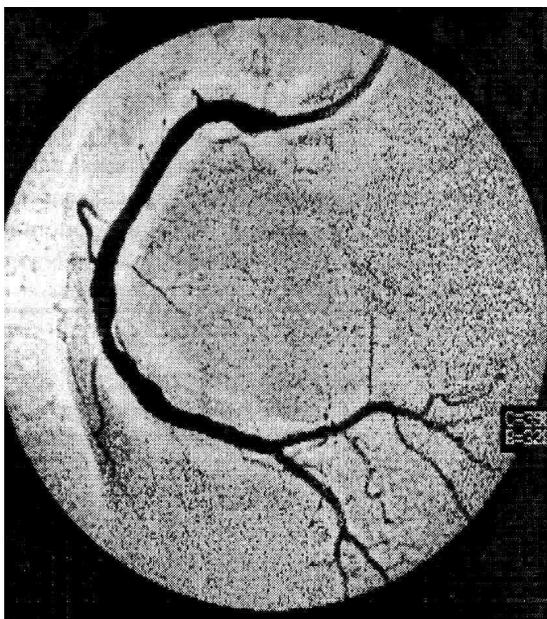


Figura 1 - Irregularidades parietais de grau discreto a moderado em artéria coronária direita.

A paciente ao ser admitida recebeu heparina, pentoxifilina, nitratos, cimetidina, sendo mantida a prednisona. Essa medicação foi mantida durante toda a internação hospitalar. A paciente apresentou melhora clínica evidenciada pelo desaparecimento da dor, melhora do supradesnivelamento de ST e retorno das enzimas aos níveis normais. Após 17 dias a paciente teve alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

O lúpus eritematoso sistêmico tem etiologia multifatorial com participação em sua etiopatogenia de fatores genéticos, distúrbios imunológicos ligados à produção de autoanticorpos, imunidade celular alterada, reações inflamatórias mediadas por imunocomplexos, assim como fatores desencadeantes ambientais como luz ultravioleta e agentes microbianos. A prevalência é de 1 caso para cada 1000 mulheres em idade fértil, predominando entre os 15 e 30 anos de idade.

Neste trabalho apresentamos o relato de caso de paciente lúpica jovem que desenvolveu IAM, aparentemente sem sinais clínicos ou laboratoriais de atividade da doença lúpica. Apresentava como fatores de risco coronariano o fato de ser fumante, ainda que por curto período, e a associação com uso crônico de corticoesteróide.

Doença coronariana e aterosclerose (placas de ateroma) são importantes na morbidade e mortalidade de pacientes lúpicos e responsáveis por 6 a 20% dos óbitos nestes pacientes<sup>1,27,34</sup>. Mortalidade por doença coronariana é 9 vezes maior em pacientes lúpicos do que na população geral<sup>31</sup>. Doença coronariana é mais precoce e placas de ateroma desenvolvem-se mais rapidamente em pacientes com LES. Urowitz et al.<sup>32</sup> em 1976 descreveram um padrão bimodal de mortalidade no LES. Entre 81 pacientes com LES acompanhados por 5 anos, 11 foram a óbito. Os seis óbitos que ocorreram no primeiro ano de doença foram causados por atividade de doença ou infecção. Dos 5 pacientes que foram a óbito mais tardiamente, 4 foram causados por infarto de miocárdio.

Estudo recente<sup>33</sup> indica ser infarto agudo de miocárdio e acidente vascular cerebral 8 vezes mais freqüente, assim como insuficiência cardíaca 11 vezes mais freqüente em pacientes lúpicos jovens (18 a 44 anos de idade) do que em mulheres jovens sem lúpus.

Doença coronariana e infarto de miocárdio no LES são mais freqüentemente causados por aterosclerose do que por vasculite coronariana. Entretanto estudo histológico de arteríolas do miocárdio em LES mostrou alta incidência de lesão arteriolar acompanhada de necrose isquêmica focal<sup>21</sup>. Fatores de risco associados com a aterosclerose em pacientes com LES são hipercolesterolemia, hipertensão, obesidade, síndrome de Cushing, tabagismo, uso prolongado de corticoesteróides, hiperglicemia e cardiopatia prévia<sup>6,24</sup>. Lúpus de início no idoso, longa duração da doença e menopausa também estão entre os fatores de risco para doença coronariana em pacientes com LES<sup>4</sup>. Um distinto padrão de anormalidades lipídicas tem sido descrito no LES, caracterizado pelo aumento de VLDL-C e triglicérides, diminuição de HDL-C e associados à atividade lúpica e presença de vasculite. Provavelmente são alterações lipídicas decorrentes de defeito no metabolismo de VLDL<sup>23</sup>. Níveis séricos elevados de fibrinogênio e proteína C reativa, indicadores de inflamação sistêmica crônica, estão também entre os fatores aterogênicos nos pacientes com LES<sup>18</sup>. Na prática clínica deve-se rotineiramente avaliar as pacientes

lúpicas, especialmente aquelas tratadas durante mais de um ano com corticoesteróides, independente da idade, para a prevenção e tratamento de fatores de risco coronariano.\*

É descrita uma alta incidência de aterosclerose coronariana e morte com uso crônico de corticoesteróide<sup>11</sup>. O tratamento coincide temporariamente com melhora dos sintomas de angina e retorno à perfusão pela angiografia, porém seu uso deve ser monitorizado com angiografias e precauções devem ser tomadas devido à possível necrose do miocárdio e predisposição a aneurisma.

A ocorrência de infarto agudo do miocárdio em pacientes lúpicas jovens pode se dever à vasculite de vasos de pequeno e médio calibre ou a hiperreatividade vascular do tipo fenômeno de Raynaud. Recorrência do infarto do miocárdio pode ocorrer mesmo com provas negativas para atividade lúpica<sup>14</sup>.

A paciente por nós estudada teve boa evolução clínica no período agudo do infarto do miocárdio. Ainda que evento raro, morte por doença coronariana tem sido relatada em pacientes lúpicas jovens<sup>5,19,20,25,28</sup>. Portanto, é importante o diagnóstico precoce do acometimento coronariano assim como medidas profiláticas para a prevenção de um possível infarto do miocárdio ou sua recorrência.

## SUMMARY

### Young Patient with Systemic Lupus Erythematosus and Acute Myocardial Infarct

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a connective tissue disease, of autoimmune pathogeny, and with a systemic involvement that not uncommonly affects the cardiovascular system. Nevertheless, the occurrence of occlusion in a coronary artery causing an acute myocardial infarction (AMI) is not a common event in a young patient with SLE. It is important to point out that myocardial infarction may be unusual but it can occurs and it has recurrences. In this paper we report the clinical and pathological finding in a 15-years-old girl with acute myocardial infarction. She has been classified as SLE since 1997 according to the American College of Rheumatology SLE classification criteria. Clinical signs, ECG findings and enzyme elevation demonstrated her AMI. Afterwards the patient made a cineangiography showing clearly degrees of parietal irregularity in the right coronary artery. The rarity of this event in a young SLE patient, its prevention, clinical course and treatment motivate the report of this case as well as a literature review of cases of acute myocardial infarction in young SLE patients.

**Key Words:** Lupus erythematosus systemic, myocardial infarct.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABU-SHAKRA, M.; UROWITZ, M. B.; GLADMAN, D. D. et al. J. Mortality studies in systemic lupus erythematosus: results from a single center. I. Causes of death. *J. Rheumatol.* v. 22, n. 7, p. 1259-64, 1995.
2. ALVES, L. S.; HYDALGO, L.; ROLIM, L. F. et al. G. Avaliação Clínica e laboratorial da cardiopatia no Lúpus eritematoso sistêmico. *Arg. Bras. Cardiol.* v. 68, n. 2, p. 79-83, 1997.
3. BONFIGLIO, T. A.; BOTTI, R. E.; HAGSTROM, J. W. Coronary arteritis, occlusion, and myocardial infarction due to lupus erythematosus. *Am. Heart J.* v. 83, n. 2, p. 153-8, 1972.
4. BORBA, E. F.; BONFÁ, E. Dyslipoproteinemias in systemic lupus erythematosus: influence of disease, activity, and anticardiolipin antibodies. *Lupus* v. 6, n. 6, p. 533-9, 1997.
5. BROWN, J. H.; DOHERTY, C. C.; ALLEN, D. C. et al. P. Fatal cardiac failure due to myocardial microthrombi in systemic lupus erythematosus. *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)* v. 296, n. 6635, p. 1505, 1988.
6. BRUCE, I. N.; GLADMAN, D. D.; UROWITZ, M. B. Detection and modification of risk factors for coronary artery disease in patients with systemic lupus erythematosus: a quality improvement study. *Clin. Exp. Rheumatol.* v. 16, p. 435-40, 1999.
7. BULKLEY, B. H.; ROBERTS, W. C. The heart in systemic lupus erythematosus and the changes induced in it by corticosteroid therapy. A study of 36 necropsy patients. *Am. J. Med.* v. 58, n. 2, p. 243-64, 1975.
8. BULKLEY, B. H.; ROBERTS, W. C. Steroid therapy during acute myocardial infarction. A cause of delayed healing and of ventricular aneurysm. *Am. J. Med.* v. 56, n. 2, p. 244-50, 1974.
9. CARETTE, S. Cardiopulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheum. Dis. Clin. North. Am.* v. 14, n. 1, p. 135-47, 1988.
10. CERVERA, R.; FONT, J.; PARÉ, C. et al. Cardiac disease in systemic lupus erythematosus: prospective study of 70 patients. *Ann. Rheum. Dis.* v. 51, n. 2, p. 156-9, 1992.
11. COSSERMELLI, W.; SAMPAIO, S. A. P.; MANZIONE, A. *Lúpus Eritematoso*. São Paulo: EDUSP, 1978.
12. DOHERTY, N. E.; SIEGEL, R. J. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Am. Heart J.* v. 110, n. 6, p. 1257-65, 1985.
13. ESTES, D.; CHRISTIAN, C. L. The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis. *Medicine(Baltimore)* v. 50, n. 2, p. 85-95, 1971.
14. FERREIRA, C.; POVOA, R.; POVOA, E. F. et al. Recorrência de infarto agudo do miocárdio no lúpus eritematoso sistêmico. Apresentação de um caso e revisão de literatura. *Arg. Bras. Cardiol.* v. 42, n. 1, p. 39-45, 1984.
15. GIUNTA, A.; PICILLO, U.; MAIONE, S. et al. Spectrum of cardiac involvement in systemic lupus erythematosus: echocardiographic, echo-Doppler observations and immunological investigation. *Acta Cardiol.* v. 48, n. 2, p. 183-97, 1993.
16. GONÇALVES, C. R. *Estudo ecocardiográfico transtorácico e transesofágico em portadores de lúpus eritematoso sistêmico*. São Paulo, 1995. (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
17. GROSS, L. The cardiac lesion in Libman-Sacks disease with a consideration of its relationship to acute lupus erythematosus. *Am. J. Pathol.* v. 16, p. 375, 1940.
18. HEINRICH, J.; SCHULTE, H.; SCHÖNFELD, R. et al. Association of variables of coagulation, fibrinolysis and acute-phase with atherosclerosis in coronary and peripheral arteries and those arteries supplying the brain. *Thromb. Haemost.* v. 73, n. 3, p. 374-9, 1995.
19. HOMCY, C. J.; LIBERTHSON, R. R.; FALLON, J. T. et al. Ischemic heart disease in systemic lupus erythematosus in the young patients: report of six cases. *Am. J. Cardiol.* v. 49, n. 2, p. 478-84, 1982.
20. ISHIKAWA, S.; SEGAR, W. E.; GILBERT, E. F. et al. Myocardial infarct in a child with systemic lupus erythematosus. *Am. J. Dis. Child.* v. 132, n. 7, p. 696-9, 1978.
21. JORGE, P.; JORGE, L.; FARSONI, A. Cardiopatia isquêmica com artérias coronárias epicárdicas pérvias: patologia das arteríolas do coração. *Arg. Bras. Cardiol.* v. 51, p. 137-50, 1998.
22. KONG, T. Q.; KELLUM, R. E.; HASERICK, J. R. Clinical diagnosis of cardiac involvement in systemic lupus erythematosus: a correlation of clinical and autopsy findings in thirty patients. *Circulation* v. 26, p. 7-11, 1962.
23. LIBMAN, E.; SACKS, B. A hitherto undescribed form of valvular and mural endocarditis. *Arch. Intern. Med.* v. 33, p. 701, 1924.

24. MANZI, S.; MEILAHN, E. N.; RAIKIE, J. E. et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am. J. Epidemiol.* v. 145, n. 5, p. 408-15, 1997.
25. MILLER, D. J.; MAISCH, S. A.; PEREZ, M. D. et al. Fatal myocardial infarction in a 8-year-old girl with systemic lupus erythematosus, Raynaud's phenomenon, and secondary antiphospholipid antibody syndrome. *J. Rheumatol.* v. 22, n. 4, p. 768-73, 1995.
26. OSLER, W. On the visceral complications of erythema exudativum multiforme. *Am. J. Med. Sci.* v. 110, p. 629-46, 1895.
27. PETRI, M.; SPENCE, D.; BONE, L. R. et al. Coronary artery disease risk factors in the Johns Hopkins Lupus Cohort: prevalence, recognition by patients, and preventive practices. *Medicine(Baltimore)* v. 71, n. 5, p. 291-302, 1992.
28. PRZYBOJEWSKI, J. Z.; BOTHA, D.; KLOPPER, J. F. et al. Systemic lupus erythematosus with coronary vasculitis and massive myocardial infarction. A case report. *S. Afr. Med. J.* v. 69, n. 12, p. 765-8, 1986.
29. RANTAPÄÄ-DAHLQVIST, S.; NEUMANN-ANDERSEN, G.; BACKMAN, C. et al. Echocardiographic findings, lipids and lipoprotein (a) in patients with systemic lupus erythematosus. *Clin. Rheumatol.* v. 16, n. 2, p. 140-8, 1997.
30. ROLDAN, C. A.; SHIVELY, B. K.; CRAWFORD, M. H. An echocardiographic study of valvular heart disease associated with systemic lupus erythematosus. *N. Engl. J. Med.* v. 335, n. 19, p. 1424-30, 1996.
31. SANZ, J.; MIRANDA, P. Compromiso cardíaco en el lupus eritematoso sistémico. *Bol. Hosp. San Juan de Dios* v. 41, n. 1, p. 10-4, 1994.
32. UROWITZ, M. B.; BOOKMAN, A. A.; KOEHLER, B. E. et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am. J. Med.* v. 60, n. 2, p. 221-5, 1976.
33. WARD, M. M. Premature morbidity from cardiovascular and cerebrovascular diseases in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* v. 42, n. 2, p. 338-46, 1999.
34. WARD, M. M.; PYUN, E.; STUDENSKI, S. Causes of death in systemic lupus erythematosus. Long-term followup of an inception cohort. *Arthritis Rheum.* v. 38, n.10, p. 1492-9, 1995.
35. XIE, S. K.; FENG, S. F.; FU, H. Long term follow-up of patients with systemic lupus erythematosus. *J. Dermatol.* v. 25; n. 6, p. 367-73, 1998.

## Médicos e Cães...Companheiros de Caminhada.

*Há muitos anos que observo os andarilhos e os seus inseparáveis cãezinhos acompanhantes. É uma dupla interessante e que me faz sempre lembrar de Axel Munthe e suas saudosas estórias de San Michele.*

*Quem teve a felicidade de andar pelas ruelas de Anacapri, por certo parou comovido ao lado do velho Tappio e olhando ao longe, mar a fora, transportou-se à infância e à casa paterna, onde por um breve momento, sentiu o suave afago do seu "melhor amigo", seu companheiro fiel...*

*O psiquiatra sueco, contemporâneo de Charcot e de Freud, tendo se instalado nos altos penhascos da ilha de Capri, revelou ao mundo médico, em suas crônicas, a importância de se encontrar, ainda que no outono de nossas vidas, um definitivo a ser percorrido. Uma derradeira peregrinação pelas alturas.*

*E o fez, sempre envolvido em seus adoráveis cães e outros pobres animais que libertara dos domadores e amestradores profissionais, sempre detestados pelos nossos pobres irmãos irracionais.*

*Aos cães, em particular, revela que nunca nada ensinou, mas bem ao contrário, deles sempre muito aprendeu... De fato, em seus tempos de solidão e já quase sem a visão, comprazia-se com os amáveis cães de Capri e as pequeninas cotovias, sempre presentes em sua biblioteca, na antiga capela do Arcanjo São Miguel.*

*Em seu livro testamento, oferecido à Rainha da Suécia, protetora de todos os cães, declara serenamente: "Por tão bem conhecer os homens, aprendi a amar os cães".*

*Interessante, que até o século XII, o Arcanjo S. Miguel era venerado nos altos penhascos da Europa, como o Anjo da Cura, a medicina de Deus! Axel Munthe, jamais suspeitou que sua vida atribulada e guiada pelos seus amigos caninos, iria conduzi-lo à paz e à felicidade de uma cura interior realizada pela simplicidade daquela pequenina ermida e da gente humilde que povoou seu coração. Também Tobias partira com seu cão, em busca da cura para a cegueira do seu velho pai.*

*E sem que nada soubesse, Rafael, o Arcanjo da Cura, cujo nome significa "medicina de Deus", acompanhou-o na longa jornada donde voltaria feliz e realizado... Sempre um cão e um Anjo, a assistir quem procura enxergar. Quem se dispõe a caminhar para o encontro de si mesmo e da Verdade.*

*Mas foi um jovem médico de Montpellier filho de abastados e nobres senhores, que tomou pela vez primeira, o cajado e o chapéu de aba larga, o pelerine e a cabeça vazia, para cingir-se com a concha de Santiago, símbolo do renascimento pelo batismo do Espírito e fazer a peregrinação penitencial que a Igreja preconizava desde os tempos de S. Francisco de Assis. Partiu para Roma, o jovem Roque, e por oito anos perambulou entre as cidades da Itália então devastada pela Peste Negra. Em Acquapendente, terra do grande Fabrício, pai da anatomia comparada, venceu a terrível epidemia e, sem chegar até Roma, voltou à França para no cárcere e portando a lepra, morrer no anonimato que fez questão de preservar. Em sua longa jornada de retorno, São Roque foi alimentado e assistido por um certo cãezinho que todos os dias vinha trazer-lhe um pedaço de pão e lamber-lhe as chagas mais ardentes.*

*Acho, sinceramente, que ao lado dos animais símbolo da medicina: a serpente, o galo e o touro, bem que se poderia arrumar um lugar para o cão... eles são amorosos e gentis, puros e fiéis como os Anjos. Talvez, por esse motivo, estejam sempre por perto dos andarilhos e dos desamparados. E essa sempre foi a mais constante clientela dos médicos, em todos os tempos...*

**Antonio Carlos Guerra da Cunha**

Professor Titular do Departamento de Medicina - CCMB/PUC-SP