

Insuficiência Cardíaca Direita Causada por Massa Pericárdica: Relato de Caso

Right Heart Failure Caused by Pericardial Mass: Case Report

Isabelle Padilha,¹ Bárbara Cristina Amaro Rocha,¹ Gizana Carvalho Faria,¹ Keila Kristina Kusdra,¹ Alyne Marcio,² Maria Eduarda Andreatta,² Gilvan Magalhães Pinto,² Evandro de Campos Albino,² Rodrigo de Moura Joaquim²

Universidade do Sul de Santa Catarina – Campus da Grande Florianópolis,¹ Palhoça, SC – Brasil

Instituto de Cardiologia de Santa Catarina,² São José, SC – Brasil

Apresentação do caso

Paciente masculino, 40 anos, portador de miocardiopatia dilatada com fração de ejeção (FEVE) de 20%, diagnosticada há 4 anos, e fibrilação atrial permanente procurou emergência por intensificação de epigastria crônica aos moderados esforços, sem irradiação e não relacionada à alimentação.

Ao exame físico, pressão arterial 129/81 mmHg, frequência cardíaca de 88 batimentos por minuto, frequência respiratória de 20 incursões por minuto, saturação de oxigênio 98%. Apresentava importante turgência jugular bilateral (Figura 1), ritmo cardíaco irregular e clique mesossistólico em bordo esternal esquerdo baixo, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente e sem ruídos adventícios, abdome flácido, doloroso à palpação de epigástrio e hipocôndrio direito e edema em membros inferiores ++/4. Avaliação inicial demonstrou sinais de insuficiência cardíaca direita devido às alterações no exame físico.

História pregressa

Paciente portador de miocardiopatia dilatada com fração de ejeção (FEVE) de 20%, diagnosticada há 4 anos, e fibrilação atrial permanente. Em uso irregular de enalapril, carvedilol, espironolactona, furosemda, varfarina e omeprazol, sem acompanhamento médico. Foi realizada recente investigação e tratamento prévio com gastroenterologista, sem alívio.

Diagnósticos diferenciais

As causas potenciais de insuficiência cardíaca direita neste paciente podem incluir tamponamento cardíaco, pericardite, incluindo constritiva e tuberculose, tumores cardíacos, valvopatia tricúspide, insuficiência cardíaca esquerda e até síndrome da veia cava.

Palavras-chave

insuficiência cardíaca; Pericárdio; pericardite constritiva.

Correspondência: Rodrigo de Moura Joaquim •

Universidade do Sul de Santa Catarina - Campus da Grande Florianópolis – Av. Pedra Branca, 25. CEP 88132-000, Cidade Universitária, Palhoça, SC – Brasil
E-mail: rodrigojoaquim@gmail.com

Artigo recebido em 08/02/2024, revisado em 07/03/2024, aceito em 17/03/2024
Editor responsável pela revisão: Luis Beck-da-Silva

DOI: <https://doi.org/10.36660/abchf.20240006>

Investigação

Na internação, após investigação por dor torácica atípica, origem coronariana foi descartada e a mesma foi relacionada à congestão hepática. Apresentava troponinas negativas, BNP de 188 pg/ml e Gama GT de 206 UI/L. A angiotomografia computadorizada de tórax (Figura 2) demonstrou linfonodomegalias mediastinais, alguma calcificação pericárdica, falha de enchimento na veia cava esquerda, aumento do calibre em veias cavas bilaterais, volume cardíaco aumentado, além de coleção de 66x40mm na porção ântero-inferior cardíaca e outra ântero superior junto aos vasos da base de 40x30mm. Realizada tomografia de abdome com fígado de dimensões aumentadas, contornos rombos e regulares, densidade preservada e impregnação homogênea pelo meio de contraste, sugerindo congestão hepática. Portanto, com achados associados a congestão venosa sistêmica.

Foi realizada ecocardiografia transtorácica à beira do leito a qual revelou movimento atípico do septo interatrial, aumento importante biatrial, derrame pleural à esquerda e derrame pericárdico discreto. Uma semana depois, novo ecocardiograma transtorácico mostrou FEVE de 35%, átrio esquerdo aumentado com 56mm (intervalo de referência 19-40mm), pericárdio espessado associado à imagem hipoecóica, caracterizado por bordas regulares e paredes espessadas adjacentes ao ventrículo direito (com hipótese de cisto), ventrículo direito com disfunção sistólica por restrição de mobilidade da parede livre, ventrículo esquerdo com disfunção sistólica moderada e insuficiência mitral e tricúspide leve.

Para definição da massa torácica foi realizada ressonância magnética de coração (Figura 3) que evidenciou FEVE de 35%, ventrículo direito com sinais de restrição diastólica importante e disfunção sistólica discreta. Aumento de câmaras esquerdas e de átrio direito. Espessamento pericárdico importante restrito à região do sulco atrioventricular direito comprimindo o ventrículo direito com efeito de massa, sem sinais de fluxo no seu interior e com sinais de restrição sugestivo de pericardite constritiva.

Após análise das imagens, a pericardite constritiva passou a ser a principal hipótese diagnóstica, sendo considerada a presença de trombo no interior da massa pericárdica. Essa consideração baseou-se no aumento significativo do átrio do paciente, na história prévia de fibrilação atrial e na fração de ejeção reduzida, que juntos poderiam ter levado à formação de trombo.



Figura 1 – Turgidez jugular bilateral. Painel A: Lado direito. Painel B: Lado esquerdo.

Conduta

O paciente foi tratado com diuréticos e reintrodução de medicamentos para insuficiência cardíaca devido à conhecida disfunção prévia do lado esquerdo, além de anticoagulação para fibrilação atrial e controle da frequência cardíaca.

Paciente foi encaminhado para cirurgia cardíaca. A pericardiectomia foi realizada para diagnóstico definitivo e tratamento da insuficiência cardíaca direita causada pela massa. Na ocasião, foram retiradas aderências relacionadas à pericardite constrictiva. No pós-operatório desenvolveu pneumonia, mas evoluiu bem e recebeu alta duas semanas após a cirurgia. O exame anatomopatológico do pericárdio demonstrou espessamento fibroso, com processo inflamatório crônico, não granulomatoso, com áreas de calcificação distrófica, associado a sinais de hemorragia antiga e recente, com fibrina aderida e ausência de malignidade, esses resultados corroboraram a pericardite constrictiva.

Discussão

As massas pericárdicas são incomuns e classificadas como tumores ou não, dentre as não tumorais, trombos e cistos são raros.¹ A pericardite constrictiva resulta do espessamento fibroso do pericárdio devido a inflamação crônica de várias lesões e é uma causa rara de insuficiência cardíaca (IC).^{2,3} A pericardite idiopática e a pós-infecciosa são as causas mais comuns.^{4,5} A clínica é apresentada pelos sinais e sintomas de IC de acordo com a câmara cardíaca acometida, sendo eles: baixo débito cardíaco, congestão sistêmica, turgência jugular, edema, ascite, visceromegalias, ortopneia e dispneia paroxística noturna.^{1,6} A sintomatologia da insuficiência cardíaca direita pode predominar devido à equalização das pressões. O diagnóstico não pode se limitar a achados clínicos

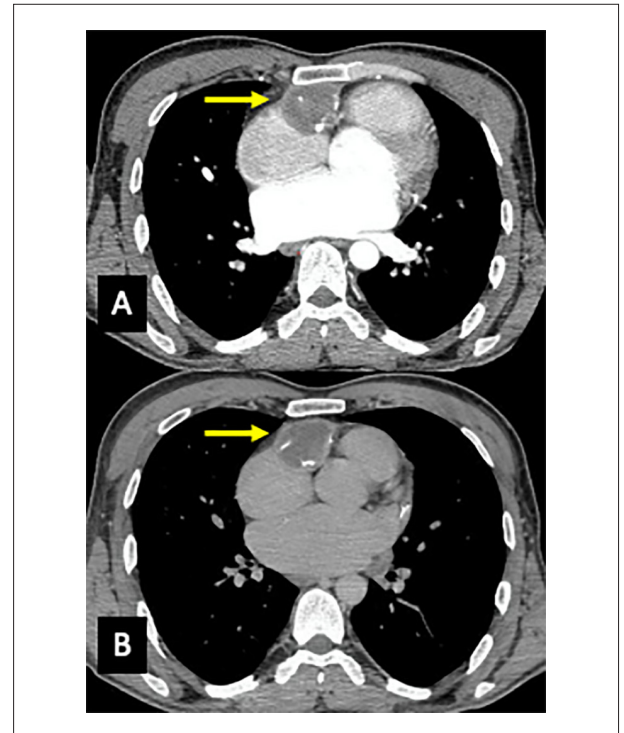


Figura 2 – Tomografia computadorizada de tórax. Painéis com (A) e sem contraste (B) mostrando coleção (setas amarelas) adjacente às câmaras direitas do coração associada a leve calcificação pericárdica e massa.

e os exames complementares têm papel fundamental. O tratamento de escolha é a pericardiectomia (Figura 4).⁶⁻⁹

Seguimento

No momento desta publicação, o paciente encontra-se assintomático e sem recidivas de eventos, em uso de enalapril, metoprolol, furosemida, espironolactona, digoxina, dapagliflozina e rivaroxabana, em acompanhamento ambulatorial regular no serviço de cardiologia.

Conclusões

Apesar de raras, as alterações pericárdicas podem causar restrição cardíaca e ter como manifestação predominante insuficiência cardíaca direita. Nesse caso, a formação de massa bem localizada comprimiu todo ventrículo direito e foi a manifestação que culminou no diagnóstico, sendo indicado exérese para correção do agravamento da insuficiência cardíaca.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa; Obtenção de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo: Padilha I, Rocha BCA, Faria GC, Kusdra KK, Marció A, Andreatta MA, Magalhães Pinto GM, Albino EC, Joaquim RM.

Relato de Caso

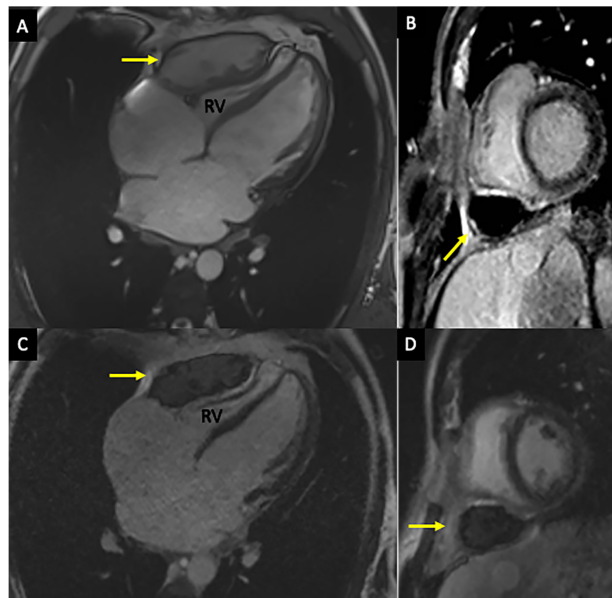


Figura 3 – Ressonância magnética do coração. Painéis de A a D mostrando espessamento pericárdico, com formação de massa e coleção comprimindo o VD (setas amarelas). Os painéis C e D sugerem presença de trombo no interior da coleção com densidade heterogênea na imagem. VD: ventrículo direito.

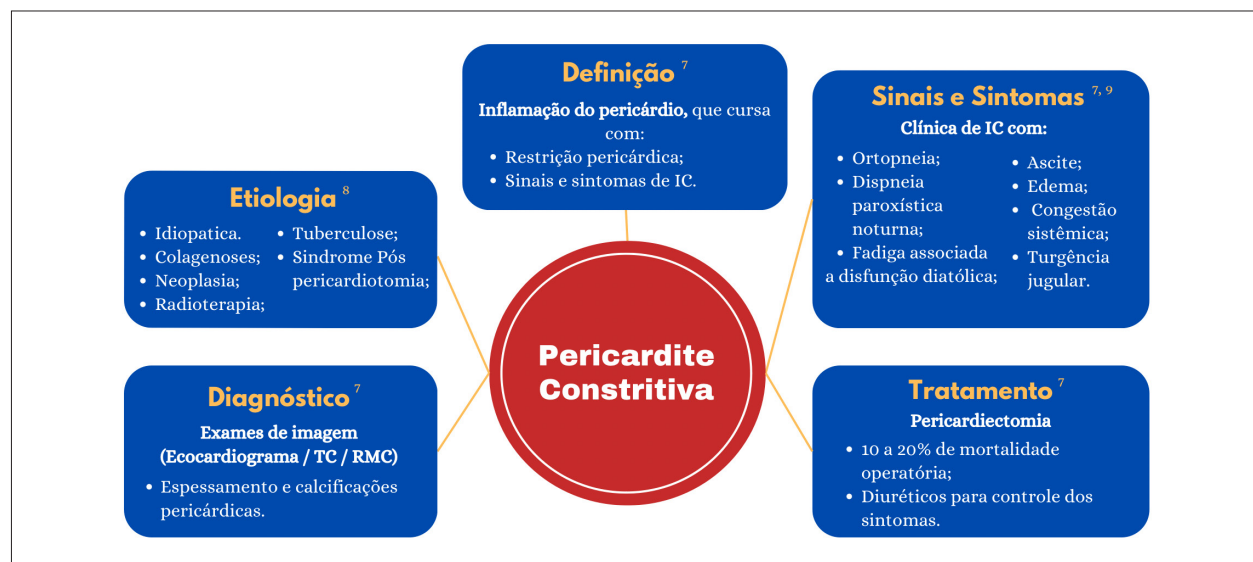


Figura 4 – Características da pericardite constrictiva. IC: insuficiência cardíaca; TC: tomografia computadorizada; RMC: ressonância magnética do coração.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação ética e consentimento informado

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina sob o número de protocolo CAAE 81899624.9.0000.0113. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

Referências

1. Sreedharan RM, Mathew J, Lr J, Rasheed A. An Unusual Cause of Right Heart Failure: Hemorrhagic Pericardial Cyst Presenting as a Pericardial Mass and Constrictive Pericarditis. *Indian J Radiol Imaging*. 2022;32(1):132-5. doi: 10.1055/s-0041-1742229.
2. Bhattad PB, Jain V. Constrictive Pericarditis: A Commonly Missed Cause of Treatable Diastolic Heart Failure. *Cureus*. 2020;12(5):e8024. doi: 10.7759/cureus.8024.
3. Tower-Rader A, Kwon D. Pericardial Masses, Cysts and Diverticula: A Comprehensive Review Using Multimodality Imaging. *Prog Cardiovasc Dis*. 2017;59(4):389-97. doi: 10.1016/j.pcad.2016.12.011.
4. Mehta A, Bansal M, Pokharel Y, Vallabhajosyula S. Constrictive Pericarditis: A Diagnostic Conundrum. *Cureus*. 2023;15(5):e39485. doi: 10.7759/cureus.39485.
5. Peebles CR, Shambrook JS, Harden SP. Pericardial Disease--Anatomy and Function. *Br J Radiol*. 2011;84(Suppl 3):324-37. doi: 10.1259/bjr/16168253.
6. Föll D, Geibel-Zehender A, Bode C. Constrictive Pericarditis: Etiology, Diagnostic Work-up, and Therapy. *Herz*. 2010;35(2):80-5. German. doi: 10.1007/s00059-010-3322-6.
7. Montera MW, Mesquita ET, Colafranceschi AS, Oliveira AC Jr, Rabischoffsky A, Ianni BM, et al. I Brazilian Guidelines on Myocarditis and Pericarditis. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4 Suppl 1):1-36. doi: 10.5935/abc.2013S004.
8. Mann DL, Zipes D, Libby P, Bonow R, editors. Braunwald - Tratado de doenças cardiovasculares. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
9. Bhattad PB, Jain V. Constrictive Pericarditis: A Commonly Missed Cause of Treatable Diastolic Heart Failure. *Cureus*. 2020;12(5):e8024. doi: 10.7759/cureus.8024.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons