

Eletrocardiograma típico de pericardite

Antonio Américo Friedmann¹

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Um jovem de 14 anos de idade com febre e dor torácica foi atendido em pronto-socorro por estagiários. Ao exame físico, encontraram sinais sugestivos de condensação pulmonar no hemitórax esquerdo e à ausculta, um estranho sopro cardíaco. Solicitaram radiografia de tórax, que mostrou velamento na base do pulmão esquerdo sugestivo de pneumonia lobar, e eletrocardiograma (ECG), que evidenciou supradesnivelamento difuso do segmento ST. Os exames foram entregues ao médico responsável, que analisou a radiografia e depois o traçado (**Figura 1**) atentamente em silêncio durante alguns minutos e em seguida exclamou: “ECG típico de pericardite!”

DISCUSSÃO

Trata-se de um caso de pneumonia com pleuropericardite de fácil diagnóstico. O exame físico evidenciou sinais de condensação pulmonar e atrito pericárdico. É interessante observar que o ECG é tão característico de pericardite que, isoladamente, permite o diagnóstico, independentemente de outros dados clínicos.

As manifestações características de pericardite aguda no ECG são:¹ supradesnivelamento difuso do segmento ST, infradesnivelamento do segmento PR e taquicardia sinusal. A elevação do segmento ST é consequente à lesão inflamatória subepicárdica do miocárdio adjacente ao pericárdio. Ao contrário da lesão isquêmica do infarto agudo do miocárdio, que causa comprometimento regional do coração,

na pericardite, o supradesnivelamento de ST é difuso, ocorrendo em muitas derivações, com exceção de aVR. O segmento ST na maioria das vezes apresenta concavidade superior, adquirindo a morfologia denominada “ST feliz”, por analogia à figura “☺”. O infradesnivelamento do segmento PR decorre da lesão inflamatória na parede dos átrios. Essas duas alterações (supradesnivelamento de ST e infradesnivelamento de PR) concomitantes são patognomônicas de pericardite aguda porque caracterizam o comprometimento difuso, tanto atrial como ventricular, da membrana que envolve o coração.² A taquicardia sinusal resulta do comprometimento da região epicárdica do miocárdio, contígua ao pericárdio, semelhante à de uma miocardite. De fato, em muitos casos ocorre miopericardite com predomínio da inflamação do pericárdio.³

Apesar das diferenças citadas, as alterações de ST-T de pacientes com pericardite podem simular infarto agudo do miocárdio, principal diagnóstico diferencial no ECG. O critério mais importante para esta distinção é a ausência de surgimento de ondas Q patológicas nos casos de pericardite. Além do infarto do miocárdio e da pericardite, várias outras condições podem determinar supradesnivelamento de ST:⁴ bloqueio do ramo esquerdo, sobrecarga ventricular esquerda, repolarização precoce (variante normal), vasoespasma coronário (angina de Prinzmetal), aneurisma de ventrículo, síndrome de Brugada, miocardite, tromboembolismo pulmonar, hemorragia cerebral,

¹Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Editor responsável por esta seção:

Antonio Américo Friedmann. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Rua Itapeva, 574 — 5º andar — São Paulo (SP) — CEP 05403-000

E-mail: aafriedmann@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 11 de maio de 2017 — Última modificação: 11 de maio de 2017 — Aceite: 17 de maio de 2017

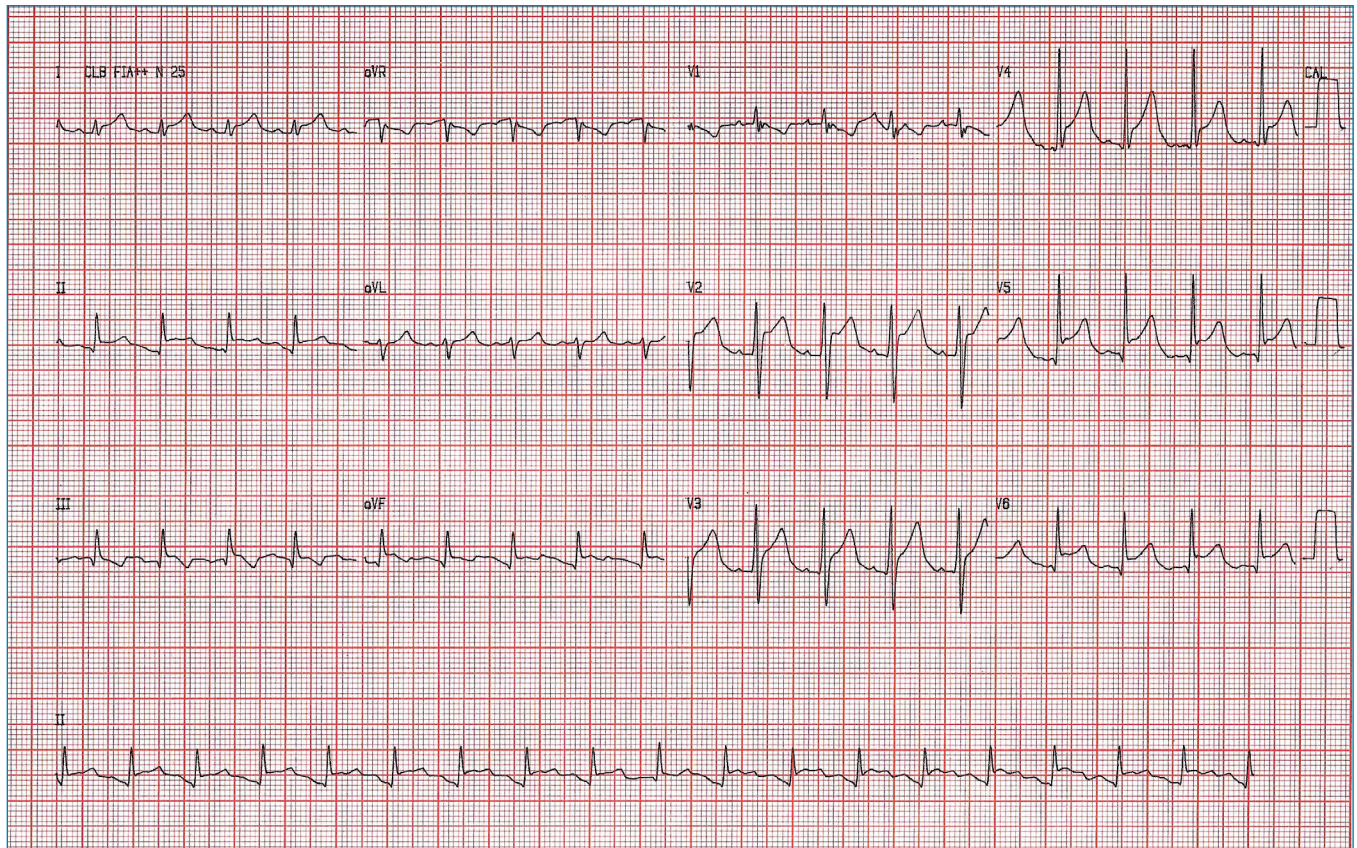


Figura 1. Taquicardia sinusal. Frequência cardíaca de 115 bpm. Supradesnívelamento difuso do ponto J e do segmento ST. Infradesnívelamento do segmento PR bem evidente em D2 e aVF.

hiperpotassemia e ferimento cardíaco. Assim, na suspeita de pericardite, a análise detalhada do ECG e o quadro clínico são importantes para excluir outras causas de elevação do segmento ST.

Quanto à etiologia, as causas de pericardite podem ser diversas: infecciosa (viral, bacteriana e tuberculosa), neoplásica, autoimune (lúpus e doença reumatoide) e até mesmo pós-infarto do miocárdio (síndrome de Dressler).⁵

A presença de atrito pericárdico e as alterações típicas no ECG são os sinais mais relevantes para o diagnóstico de pericardite. O ecocardiograma mostra o espessamento da

membrana pericárdica e a eventual presença de líquido de efusão. Quando ocorre derrame pericárdico volumoso, o ECG modifica, predominando a baixa voltagem de todas as ondas.

CONCLUSÃO

O eletrocardiograma é o exame complementar mais importante para o diagnóstico de pericardite aguda. O reconhecimento das alterações características no ECG é fundamental para a confirmação diagnóstica e para a exclusão de outras condições mórbidas que determinam elevação do segmento ST.

REFERÊNCIAS

1. Surawicz B, Lasseter KC. Electrocardiogram in pericarditis. *Am J Cardiol.* 1970;26(5):471-4.
2. Friedmann AA. ECG no Hospital Geral. In: Friedmann AA, editor. *Eletrocardiograma em 7 aulas. Temas avançados e outros métodos.* 2ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2016. p. 93-116.
3. Friedmann AA. O ECG em doenças não cardíacas. In: Pastore CA, Samesima N, Tobias N, Pereira Filho HG, editores. *Eletrocardiografia atual. Curso do Serviço de Eletrocardiografia* do INCOR. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 289-302.
4. Wang K, Asinger RW, Marriott HJ. ST-segment elevation in conditions other than acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2003;349(22):2128-35.
5. LeWinter MM, Hopkins WE. Pericardial diseases. In: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, editors. *Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine.* 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015. p. 1636-57.