

BAV DE 1º GRAU REVERSÍVEL ASSOCIADO A VASCULITE LEUCOCITOCILÁSTICA. RELATO DE CASO

William T. Haddad*, Vidal Haddad Jr**

Os autores apresentam um caso de vasculite leucocitoclástica em jovem de 29 anos, sexo masculino, com envolvimento sistêmico manifestado por púrpura, hematúria macroscópica, dor articular, moderada cardiomegalia e bloqueio atrioventricular de 1º grau,

alterações que desapareceram com a regressão do surto, sem uso de medicamentos. Conjuntamente, é apresentada uma revisão sobre a doença e as manifestações do comprometimento cardíaco.

Arq. Bras. Cardiol. 51/6: 459-461—Dezembro 1988

As vasculites de pequenos vasos são classificadas¹ em angéites cutâneo-sistêmicas e púrpura de HenochSchölein, englobando todas as formas sob o nome de púrpura anafilactóide. A vasculite leucocitoclástica é a mais comum das vasculites. Pode assumir a forma clássica de angéite cutâneo-sistêmica ou se restringir à pele².

O comprometimento sistêmico pode se estender a vários órgãos. Ekstraum³, analisando 82 casos, encontrou comprometimento renal em 50% dos casos. O sistema nervoso, lesado em 40% dos casos, sofre neuropatia periférica. Artralgias ou mesmo artrites são notadas em 30% dos casos.

O coração é lesado em cerca de 50% dos casos, com diversos estudos^{3,7} descrevendo a angéite miocárdica responsável por arritmias várias e mesmo insuficiência cardíaca congestiva.

As causas são várias: infecções, picadas de insetos, alimentos, medicamentos e nem sempre são evidenciáveis⁸. O tratamento consiste em identificação e retirada do antígeno causador da doença e, ocasionalmente em uso sistêmico e corticosteróides; apresentamos o caso de um paciente que sofreu vasculite leucocitoclástica e bloqueio atrioventricular transitório.

RELATO DE CASO

A.A.I., sexo masculino, branco, 29 anos, procedente de Ibitinga, São Paulo, procurou auxílio médico em maio de 1987, com queixa de “escurecimento da urina”,

notado após episódio de gripe, seguido de amigdalite purulenta. Conjuntamente, queixava-se de inapetência e cefaléia de localização difusa, de moderada intensidade. O exame físico nada demonstrou. A nível laboratorial, observou-se hematúria importante macro e microscópica, sem cilindros. O eritrograma evidenciou discreta anemia, com leucograma normal.

A radiografia de tórax mostrou discreto a moderado aumento da área cardíaca, sem estase vascular pulmonar (fig. 1).

O eletrocardiograma revelou bloqueio atrioventricular de 1º grau (fig. 2a). A cistoscopia e cultura para bacilo de Koch na urina nada trouxeram ao estudo.

O quadro evoluiu inalterado até cerca de 20 dias mais tarde, quando lesões purpúricas, levemente elevadas, de vários diâmetros, surgiram em membros inferiores confluindo em alguns pontos (Fig. 3a e b).

Havia artralgia em tornozelos, efetuou-se biópsia de pele com padrão de vasculite leucocitoclástica: depósito de fibrina, inflamação nas paredes dos vasos e restos de polimorfonucleares (“nuclear dust”). Não se optou pelo uso de corticosteróides até esclarecimento da causa e o paciente foi orientado a obedecer repouso rigoroso e não usar nenhum tipo de droga.

Quinze dias mais tarde as lesões purpúricas e a urina haviam clareado, as cores articulares desaparecido e a radiografia estava normal.

Nessa ocasião foi repetido o ECG, que não mostrava alterações (fig. 2b).

* Cardiologista

** Dermatologista

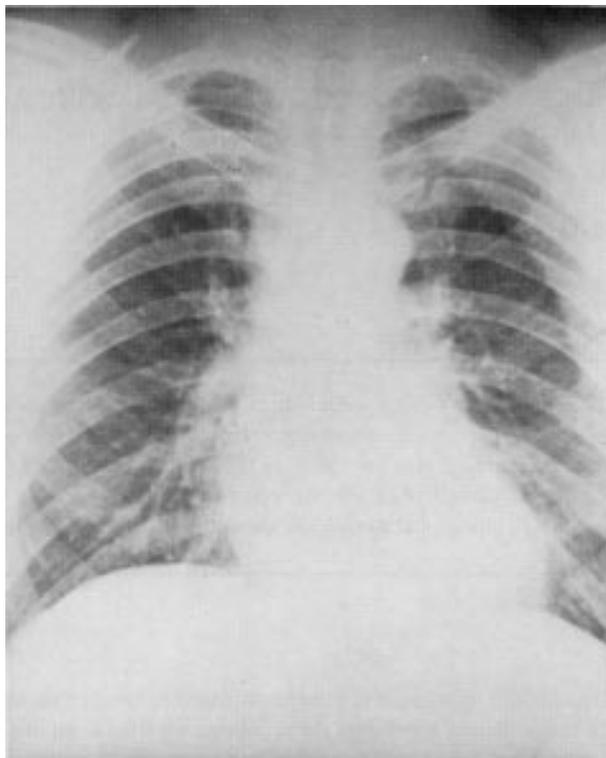


Fig. 1 — Radiografia de tórax: aumento discreto a moderado de área cardíaca.

COMENTÁRIOS

A vasculite leucocitoclástica pode agredir vários órgãos e sistemas. A manifestação cutânea pode orientar o diagnóstico, mas várias outras alterações podem sem anifestar clinicamente.

A lesão miocárdica é bem estudada. Mac Gregor⁷ publicou extenso estudo sobre o assunto há 30 anos.

As alterações do ritmo e função cardíacas estão relacionadas com o início da doença, como no caso descrito e são similares às observadas em outras doenças relacionadas a antígenos circulantes, como reação à droga e doença do soro. A vasculite em pequenos vasos cardíacos dá substrato fisiopatológico ao processo.

Na maioria das vezes o processo é pouco intenso podendo passar despercebido, mas por outro lado, pode-se observar insuficiência cardíaca, dor retroesternal e arritmias, particularmente fibrilação atrial, ritmo nodal e bloqueios. No eletrocardiograma observamos desde alterações inespecíficas de segmento ST-T até infarto do miocárdio⁸.

A incidência de comprometimento cardíaco é de 50% e permite considerar apropriado o exame cardiológico em portadores de púrpura anafilactóide.

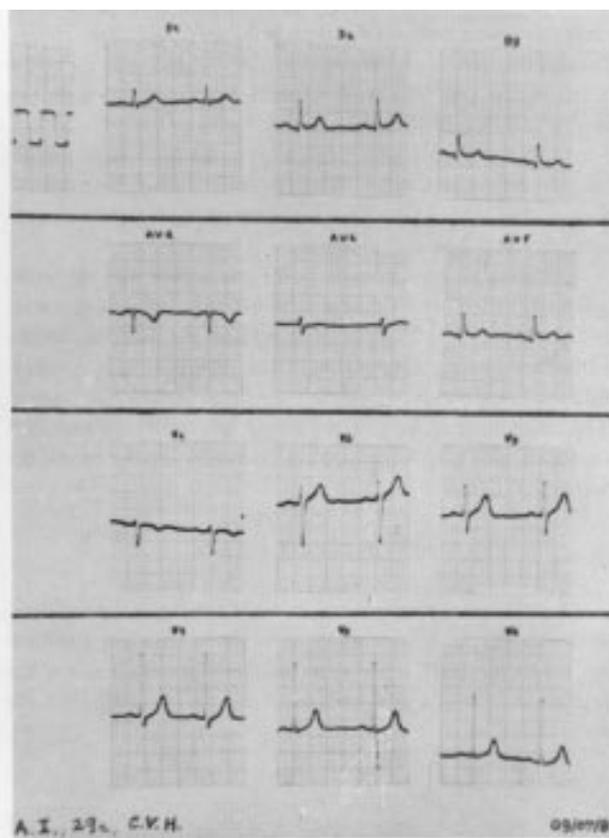
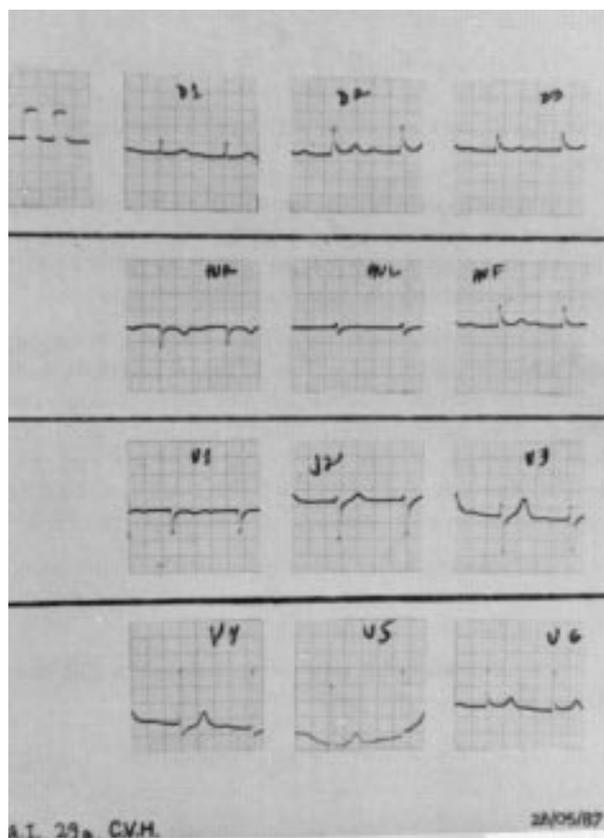


Fig. 2 — A) ECO realizado no início da doença com bloqueio atrioventricular de 1º grau. B) ECG normal após regressão das lesões.



Fig. 3 — Lesões purpúricas levemente elevadas, em membros inferiores.

SUMMARY

The authors present the case of a 29 year-old white male with leukocytoclastic vasculitis and systemic involvement, presenting cutaneous hemorrhagic joint pain, macroscopic hematuria, cardiomegaly and first degree A-V block. The systemic changes disappeared when the cutaneous hemorrhage had resolved.

REFERÊNCIAS

1. Brawerman IM—Skin Signs of Systemic Disease. Philadelphia, W. B. Saunders, 1970. p. 199.
2. Habif Thomas P—Clinical Dermatology. A color guide to diagnosis and therapy. Missouri, C. V. Mosby, 1985. p.376.
3. Ekstran EA, Callen JP—Cutaneous leukocytoclastic vasculitis. Arch Dermatol, 112: 219, 1976.
4. Ramsay C, Fry I—Allergic vasculitis. Clinical and histological features and incidence of renal involvement. Br J Dermatol, 81: 96, 1969.
5. Fauci AS—Hipersensitivity vasculitis. The spectrum of vasculitis clinical, pathologic, imunologic, and therapeutic considerations. Ann Intern Med, 89 (part 1): 660, 1978.
6. Haynes BF—Treatment of granulomatous vasculitides. Ann Intern Med, 89: 671, 1978.
7. Mac Gregor GA, Vallance-Owen J—Cardiac involvement anaphylactoid purpura. Lancet, 2: 572, 1957.
8. Hurst WJ—O Coração. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1977. p. 1272