

Resumo

Além da Toracalgia: Pericardite como Início de Reactividade Sistémica em Doente Lúpica

Catarina David ^{1,*}, Evander Lucas ¹, Preciosa Lourenço ¹, Nelsa de Freitas ²

¹ Departamento de Ensino e Investigação de Medicina Interna e Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

² Hospital Geral de Viana Bispo Dom Emílio de Carvalho (HGV-BEC), Calumbo, Icolo e Bengo, Angola.

* Correspondência: catarinagoncalo18@gmail.com.

Palavras-Chaves: Lúpus Eritematoso Sistémico; Pericardite Aguda; Dor Torácica; Envolvimento Cardiovascular; Recursos Limitados.

Anais da IV Jornada de Cardiologia do Huambo, realizado de 11 a 12 de setembro de 2026, em Huambo, Angola.

Citação: David C, Lucas E, Lourenço P, Freitas N. Além da Toracalgia: Pericardite como Início de Reactividade Sistémica em Doente Lúpica. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2026 Jan-Dec;04 (Suppl. 6):jch8

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcmr.2026.4.Suppl.6.jch8>

Publicado: 11 Setembro 2026



Direitos autorais: Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica caracterizada por períodos de remissão e actividade, podendo envolver múltiplos órgãos de forma simultânea ou sequencial. O acometimento cardiovascular é frequente, sendo a pericardite uma das manifestações cardíacas mais reconhecidas. Em doentes com LES previamente diagnosticado, o aparecimento de pericardite pode representar uma manifestação de reactivação da doença e preceder o reconhecimento de envolvimento de outros órgãos. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de uma doente de 19 anos, com diagnóstico prévio de LES, sob seguimento regular e medicada com hidroxicloroquina, prednisolona e azatioprina, que apresentava episódios recorrentes de dor torácica nas semanas precedentes. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento da sintomatologia, com astenia, febre e dor torácica retrosternal intensa, em pontada, sem irradiação, agravada pelo decúbito dorsal e aliviada na posição sentada. À admissão encontrava-se em deficiente estado geral e nutricional, febril e taquicárdica, com pressão arterial de 104/56 mmHg. Analiticamente apresentava anemia moderada microcítica e hipocrômica (Hb 8,8 g/dL), leucocitose (11.940 células/mm³) e troponina I negativa. O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal, supradesnivelamento difuso do segmento ST e infradesnivelamento do segmento PR, achados compatíveis com pericardite aguda. A radiografia do tórax não evidenciou alterações relevantes. O ecocardiograma transtorácico demonstrou função sistólica global biventricular preservada, ligeiro espessamento pericárdico e derrame pericárdico circular. A associação entre dor torácica de características pericárdicas, alterações eletrocardiográficas típicas e derrame pericárdico permitiu estabelecer o diagnóstico de pericardite aguda. No decorrer da investigação foram ainda identificadas alterações da função renal sugestivas de possível envolvimento renal pelo LES, levantando a hipótese de actividade sistémica da doença, inicialmente manifestada pelo acometimento pericárdico. Perante a indisponibilidade de terapêutica imunossupressora intensiva com pulsoterapia, procedeu-se ao aumento da dose do corticosteroide oral, associado a ibuprofeno e colchicina, mantendo-se a terapêutica de base do LES. A doente permaneceu internada no Serviço de Cardiologia durante quatro dias, com evolução clínica favorável, tendo recebido alta hospitalar melhorada, sendo encaminhada para seguimento em consulta de Cardiologia e Reumatologia. **Conclusão:** A pericardite aguda pode constituir a manifestação inicial de reactivação sistémica do LES, inclusive em doentes sob tratamento e seguimento regular. Neste caso, o acometimento pericárdico precedeu a identificação de alterações renais sugestivas de envolvimento de um

segundo órgão, reforçando a possibilidade de actividade multissistémica. O reconhecimento das características típicas da dor, associado aos achados eletrocardiográficos e ecocardiográficos, foi fundamental para o diagnóstico. O caso realça ainda os desafios terapêuticos da abordagem da actividade lúpica em contextos com disponibilidade limitada de terapêutica imunossupressora intensiva.



IV JORNADAS DE CARDIOLOGIA HUAMBO 2026

Lema: “Cardiologia em Angola:
Da Evidência Global à Realidade Local”



11 e 12 Setembro



Centro Cultural Manuel Rui