

RELATO DE CASO

Necrose da Gordura Epipericárdica. Um Importante Diagnóstico Diferencial na Dor Torácica

Epipericardial Fat Necrosis. An Important Differential Diagnosis of Chest Pain

Núbia Bernardes Carvalho,¹ Natália de Paula Lopes e Silva,¹ Pedro Paulo Nunes Pereira,² André Volani Morganti,² Sinval Lins Silva,² André Silva Rodrigues²

Pósgraduação Ciências Médicas de Minas Gerais (PGCM - MG)¹; Hospital Felício Rocho,² Belo Horizonte, MG – Brasil

Introdução

A Necrose da Gordura Epipericárdica (EPFN, do inglês *epipericardial fat necrosis*) é uma condição rara, benigna e autolimitada, descrita pela primeira vez em 1957 por Jackson et al.¹ Atualmente há somente 33 casos descritos na literatura.¹⁻⁹

A fisiopatologia da doença permanece incerta. Prováveis fatores predisponentes incluem a torção do pedículo vascular do tecido adiposo, alterações estruturais que deixam o tecido mais vulnerável e a obesidade, que, assim como a manobra de Valsalva, pode levar ao aumento da pressão dos capilares, ocasionando hemorragia dentro do tecido adiposo. Há ainda relatos de associação com trauma torácico ou infecções.⁹

Apresenta-se como uma dor pleurítica aguda, sendo um diagnóstico diferencial importante de dor torácica em pacientes hígidos que mantêm dados vitais estáveis e exames laboratoriais inalterados.

A EPFN é diagnosticada em geral pela Tomografia Computadorizada (TC) e, em alguns casos, observa-se opacificação paracardíaca na radiografia de tórax.³

Relato dos casos

Caso 1

Homem, neurocirurgião, 62 anos, hígido, admitido em pronto-socorro com dor torácica ventilatório-dependente há 2 dias associada à dispneia aos médios

Palavras-chave

Necrose Gordurosa / fisiopatologia, Pericárdio, Obesidade, Dor no Peito, Dispneia.

esforços. Exame físico e laboratoriais sem alterações. Na angiotomografia de tórax não houve falha de enchimento vascular. Restante do exame com aspectos tomográficos preservados. A Ressonância Magnética (RM) do tórax identificou imagem alongada, com intensidade de sinal de gordura, na gordura epipericárdica, apresentando realce pelo contraste dos planos tissulares circunvizinhos, sugerindo infarto da gordura com alterações inflamatórias adjacentes (Figura 1, 2). Foi sugerido o diagnóstico de necrose da gordura epipericárdica, e o paciente recebeu alta com Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINES). Houve remissão dos sintomas dentro de 2 dias.

Caso 2

Homem, 60 anos, hígido, procurou serviço de urgência e emergência por dor torácica ventilatório-dependente associada à dispneia de início recente. Exames laboratoriais e eletrocardiograma sem alterações. Na angiotomografia não houve falha de enchimento vascular. Na avaliação mediastinal, identificou-se densificação da gordura epipericárdica, com realce pelo contraste, sugerindo infarto associado a alterações inflamatórias (Figura 3, 4). O paciente recebeu alta com AINES.

Discussão

A necrose da gordura epipericárdica é uma causa incomum, ou pouco relatada por subdiagnóstico, de dor torácica. Manifesta-se geralmente com dor torácica pleurítica e dispneia, sendo um diagnóstico diferencial de condições graves, como o tromboembolismo pulmonar e o infarto agudo do miocárdio. A dor dura geralmente alguns dias, mas pode, eventualmente, perdurar por meses. Nos casos relatados até o momento,

Correspondência: Núbia Bernardes Carvalho •

Avenida do Contorno, 9.530, Barro Preto. CEP: 30140-062. Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: nubia_bc@hotmail.com

DOI: 10.5935/2359-4802.20170012

Artigo recebido em 31/07/2016, revisado em 21/10/2016, aceito em 28/11/2016

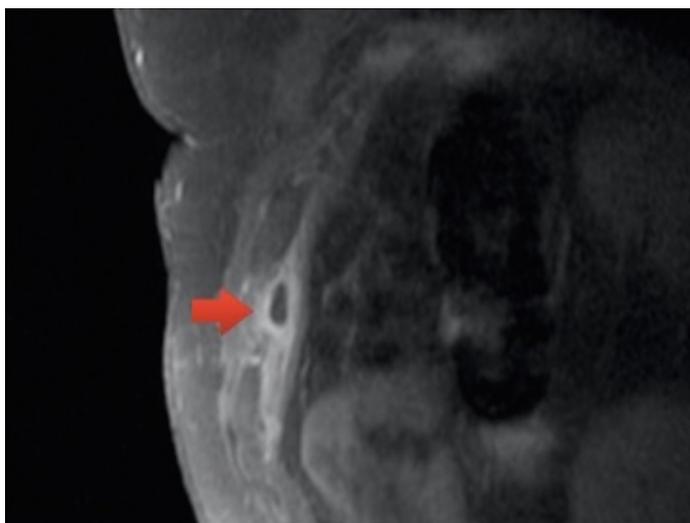


Figura 1 – Corte sagital de ressonância magnética na ponderação T1 com saturação de gordura pós contraste.

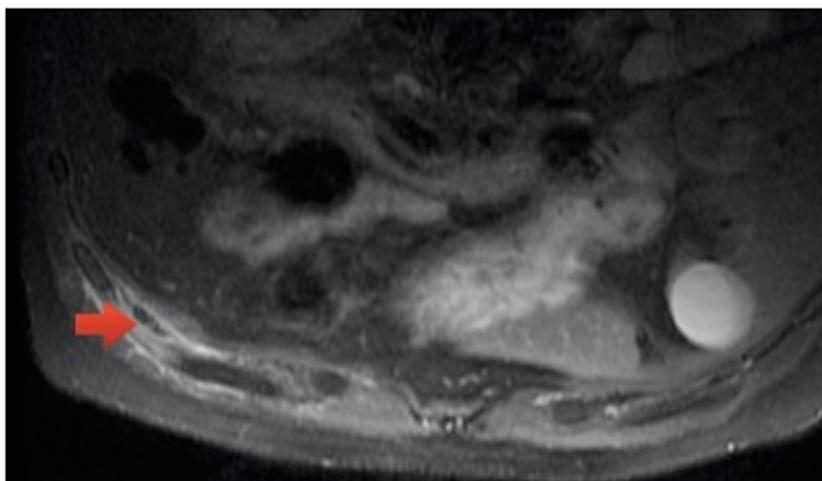


Figura 2 – Corte axial de ressonância magnética na ponderação T1 saturação de gordura pós contraste. Paciente em decúbito ventral.

acomete igualmente ambos os sexos e a faixa etária média é de 50 anos.

A EPFN assemelha-se à apendagite, necrose do apêndice epiploico, que cursa com dor abdominal localizada e também autolimitada.

A dificuldade do diagnóstico está na inespecificidade dos sinais e sintomas, tornando os exames de imagem essenciais, uma vez que o eletrocardiograma e os exames laboratoriais são, em sua grande maioria, normais. A TC mostra uma lesão epipericárdica, encapsulada, arredondada, que contém gordura, associada ou não ao

espessamento do pericárdio adjacente e à presença de derrame pleural. A RM revela uma lesão epipericárdica com alto sinal em T2, típico de edema do tecido adiposo, com realce moderado após administração do gadolínio, sugestivo de um processo inflamatório em atividade. No raio X, menos específico, pode ser vista opacidade paracardíaca, com ou sem velamento do seio costofrênico. Como diagnóstico diferencial radiológico, incluem-se neoplasias pericárdicas primárias ou secundárias, cisto pericárdico, câncer de pulmão, hérnia de Morgagni ou cisto broncogênico.



Figura 3 – Corte axial de angio-TC de tórax.



Figura 4 – Corte coronal de angio-TC de tórax.

O diagnóstico definitivo se dá por análise anatomopatológica do fragmento ressecado cirurgicamente, o que tem caído em desuso devido à acurácia dos exames de imagem e ao caráter benigno

e autolimitado da doença. Quando realizado, os achados patológicos descritos são de células adiposas necróticas circundadas por macrófagos, neutrófilos ou tecido fibroso.

O tratamento é realizado com sintomáticos, como anti-inflamatórios não esteroidais.

Desde 2005, quando foi descrito o primeiro caso de tratamento conservador bem-sucedido,³ a radiologia têm desempenhado um papel fundamental no diagnóstico e acompanhamento da EPFN.

Conclusão

A necrose da gordura epipericárdica é uma condição pouco relatada por provável subdiagnóstico, sendo importante que clínicos, cardiologistas e radiologistas a tenham como diagnóstico diferencial da dor torácica aguda, após exclusão de causas mais graves como tromboembolismo pulmonar ou infarto agudo do miocárdio.

O diagnóstico definitivo é por análise anatomopatológica, mas a EPFN tem sido cada vez mais diagnosticada baseada em exames de imagem associados a um contexto clínico sugestivo. A facilitação atual do diagnóstico, juntamente de um desfecho clínico favorável, reforça a segurança da conduta conservadora.

Referências

1. Jackson RC, Clagett OT, McDonald JR. Pericardial fat necrosis: report of three cases. *J Thorac Surg.* 1957;33(6):723-9.
2. Runge T, Greganti MA. Epipericardial fat necrosis – a rare cause of pleuritic chest pain: case report and review of the literature. *Arch Med Sci.* 2011;7(2):337-41.
3. Pineda V, Caceres J, Andreu J, Vilar J, Domingo ML. Epipericardial fat necrosis: radiologic diagnosis and follow-up. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185(5):1234-6.
4. van den Heuvel DA, van Es HW, Cirkel GA, Bos WJ. Acute chest pain caused by pericardial fat necrosis. *Thorax.* 2010;65(2):188.
5. Giassi KS, Costa AN, Apanavicius A, Bachion GH, Musolino RS, Kairalla RA. Epipericardial fat necrosis: an unusual cause of chest pain. *J Bras Pneumol.* 2013;39(5):627-9.
6. Lacasse MC, Prenovault J, Lavoie A, Chartrand-Lefebvre C. Pericardial fat necrosis presenting as acute pleuritic chest pain. *J Emerg Med.* 2012;44(2):e269-71.
7. Mazzamuto G, Ghaye B. Epipericardial fat necrosis. *JBR-BTR* 2012;95(3):154-5.
8. Peres Claro I, Magalhães V, Correia I, Campos P, Sotto-Mayor R, Bugalho de Almeida A. [Epipericardial fat necrosis - Case report]. *Rev Port Pneumol.* 2010;16(3):507-12.
9. Fred HL. Pericardial fat necrosis: a review and update. *Tex Heart Inst J.* 2010; 37(1): 82–84.

Contribuição dos autores

Obtenção de dados: Silva SL, Rodrigues AS.
Redação do manuscrito: Carvalho NB, Lopes e Silva NP.
Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Pereira PPN, Morganti AV, Rodrigues AS.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de pós-graduação de Núbia Bernardes Carvalho e Natália de Paula Lopes e Silva pela Pós-graduação de Ciências Médicas de Minas Gerais - PGCM - MG.