

## Relato de Caso: Sarcoidose Cardíaca tratada com implante de cardioversor-desfibrilador implantável, Ablação e imunossupressores.

**Introdução:** O envolvimento cardíaco clinicamente manifesto ocorre em talvez 5% dos pacientes com sarcoidose. As três principais manifestações da sarcoidose cardíaca (SC) são anormalidades de condução, arritmias ventriculares e insuficiência cardíaca. Estima-se que 20% a 25% dos pacientes com sarcoidose pulmonar/sistêmica tenham envolvimento cardíaco assintomático (doença clinicamente silenciosa).<sup>1</sup>

O diagnóstico de sarcoidose cardíaca é um desafio por causa das manifestações inespecíficas, sendo a sensibilidade e especificidade das modalidades diagnósticas limitadas.<sup>2</sup>

**Objetivos:** Este relato de caso teve por objetivo descrever o caso de um paciente que desenvolveu quadro de miocardite e taquicardiomiopatia por sarcoidose cardíaca tendo como tratamento implante de cardioversor-desfibrilador implantável (CDI), ablação de taquicardia ventricular e imunossupressores.

**Delineamento e métodos:** Relato de caso.

**Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, com 38 anos, previamente hígido e atleta amador, iniciou quadro de Insuficiência cardíaca aguda com fração de ejeção de 38% e taquicardia ventricular sustentada frequente. Realizada terapia antiarrítmica e para insuficiência cardíaca associados a corticosteroides pela hipótese diagnóstica de miocardite, com melhora substancial dos sintomas, das arritmias e da fração de ejeção. Realizado cateterismo cardíaco que afastou causa isquêmica. Após retirada do corticoide, apesar da normalização da fração de ejeção, agora em 60%, permaneceram as taquicardias ventriculares não sustentadas e sustentadas mesmo com uso de antiarrítmicos, sendo então realizado implante de CDI para prevenção de morte súbita. Evoluiu com tempestade elétrica e várias terapias apropriadas de CDI, sendo então indicada ablação de arritmias endocárdicas e epicárdicas, com diminuição substancial dos episódios arritmias com terapias do CDI desde então. (Fig1)



Fig.1 – Avaliação eletrônica do CDI

Durante o procedimento realizou-se biópsia miocárdica e a análise histopatológica evidenciou Sarcoidose. (Fig. 2)

Pedido : 2358-75	Sexo: Masculino	Data: 22/04/2022
Cliente : ██████████		D.N.: 29/03/1983
Médico : ██████████		INTERNET
Convênio: INTERNO-UNIMED		Imp.: 29/04/2022 16:25:11
Hospital: ██████████	Setor: ██████████	Leito: ██████████
		Pag.: 1 de 2


**HISTOPATOLÓGICO** Arquivo:B-15924/2022.

---

**DADOS CLÍNICOS:**  
PACIENTE DE 39 ANOS DE IDADE.  
INDICAÇÃO CLÍNICA: LINFONODOMEGALIA A ESCLARECER.

**MACROSCOPIA:**  
O ESPÉCIME FOI RECEBIDO EM FORMOL, CONSISTE DE 1 SEGMENTO DE TECIDO DE FORMA NODULAR, COLORAÇÃO PARDACENTA E DE CONSISTÊNCIA BORRACHOSA, MEDINDO 1,6 X 1,2 X 0,6 CM EM SUAS MAIORES DIMENSÕES. TODO MATERIAL FOI SUBMETIDO A EXAME HISTOLÓGICO (2 BLOCOS; 2 FRAGMENTOS).  
MÉTODO DE COLORAÇÃO: HE + FITE + PAS + GROCOTT.

**DIAGNÓSTICO :** LINFONODO INGUINAL À ESQUERDA - RESSECÇÃO CIRÚRGICA (FRASCO 2) - (PCS + 3CE).  
ESPÉCIME DE LINFONODO QUE APRESENTA SEVERA E DIFUSA REAÇÃO INFLAMATÓRIA GRANULOMATOSA CONTENDO GRANULOMAS DE CÉLULAS EPITELIOIDES E CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS TIPO LANGHANS, AS QUAIS APRESENTAM EM ÁREAS FOCAIS, CORPÚSCULOS ASTEROIDES.  
NÃO HÁ NECROSE.  
AS PESQUISAS DE BAAR E FUNGOS FORAM NEGATIVAS.  
AUSÊNCIA DE SINAIS DE MALIGNIDADE.

**CONCLUSÃO :** QUADRI HISTOPATOLÓGICO É ALTAMENTE INDICATIVO DE SARCOIDOSE. 

**NOTA :** RECOMENDA A ESTREITA CORRELAÇÃO COM O CONTEXTO CLÍNICO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS E DEMAIS EXAMES LABORATORIAIS PARA A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA E CONDUÇÃO SEGURA DO CASO.

VH-SAP/2022.

Fig.2 – Resultado do Histopatológico.

Iniciado tratamento com imunossupressores paciente vem mantendo-se clinicamente estável com inclusive retorno a práticas esportivas e excelente qualidade de vida.

Conclusão: A sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa de causa desconhecida que mais frequentemente envolve o parênquima pulmonar e os gânglios linfáticos, pode também causar adenopatia, miosite, febre, aortite, doença renal, leptomeningite, paralisia de nervos cranianos ou massas intraparenquimatosas, alterações oftálmicas, cutâneas e cardíacas<sup>3</sup>.

Um quarto dos doentes com sarcoidose apresenta envolvimento cardíaco, que frequentemente é assintomático, mas pode se manifestar como pericardite, geralmente não significativa, e como arritmias, transtornos de condução cardíaca e, raramente, insuficiência cardíaca<sup>3,4</sup>.

O paciente deste relato de caso teve quadro de miocardite tratado com corticoide obtendo resolução do quadro de insuficiência cardíaca e melhora parcial das arritmias ventriculares.

As manifestações clínicas cardíacas estão relacionadas com a localização, extensão e atividade da doença que podem ser desde alterações eletrocardiográficas pouco específicas até podendo ocorrer morte súbita como primeira manifestação cardíaca (tanto devido à arritmia ventricular como a bloqueios atrioventriculares).<sup>3</sup>

O diagnóstico de sarcoidose cardíaca é difícil, e muitas vezes o clínico deve iniciar o tratamento mesmo na ausência do diagnóstico histológico definitivo.<sup>5</sup>

Apesar de que Mehta et al. referirem que a biópsia endomiocárdica tem uma baixa sensibilidade e não deve ser realizada rotineiramente como teste diagnóstico<sup>5</sup>, no presente caso ela foi fundamental, visto que havia contraindicação a ressonância magnética devido o implante de CDI ter sido realizado em menos de 6 meses da indicação do exame.

O presente caso mostra a resolução do quadro de insuficiência cardíaca e controle de arritmias ventriculares com uso associado de CDI, ablação e imunossupressores para o um paciente com sarcoidose cardíaca.

## Bibliografía

- 1- David H. Birnie, Pablo B Nery, Andrew C. Ha and Rob S.B. Beanlands. Cardiac Sarcoidosis. Journal of the American College of Cardiology July 2016 volume 68, Issue 4.
- 2- Eurípedes Ferreira Araújo Mendes, Juan Carlos Pachón Mateos, Remy Nelson Albornoz Vargas. Conduction disturbances and arrhythmias in cardiac sarcoidosis – Case report. *JBAC. 2018;31(4):138-141*
- 3- Sharma OP, Maheshwari A, Thaker K. Myocardial sarcoidosis. *Chest* 1993; 103:253
- 4- Kandolin R, Lehtonen J, Graner M, et al. Diagnosing isolated cardiac sarcoidosis. *J Intern Med* 2011; 270:461-469.
- 5- Mehta D, Mori N, Goldbarg SH, et al. Primary prevention of sudden cardiac death in silent cardiac sarcoidosis: role of programmed ventricular stimulation. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2011; 4:43-48.