

Roseanne  
Szumsztajn Beker<sup>1</sup>

Cristiane Murad  
Tavares<sup>2</sup>

Orli Carvalho da  
Silva Filho<sup>3</sup>

Selma Correia<sup>4</sup>

José Henrique Withers  
Aquino<sup>5</sup>

# Derrame pericárdico como consequência de anorexia nervosa

*Pericardial effusion as a consequence of anorexia nervosa*

## RESUMO

**Objetivo:** Relatar um caso clínico de derrame pericárdico consequente à anorexia nervosa, em uma adolescente portadora desta condição psiquiátrica. **Descrição do caso:** Adolescente feminina, que inicialmente se apresentava com sobrepeso e evoluiu para quadro característico de anorexia nervosa. Iniciou acompanhamento em ambulatório especializado, necessitando de internação hospitalar devido a sinais de instabilidade hemodinâmica, tais como hipotensão arterial e bradicardia. Durante a internação, foi evidenciado derrame pericárdico moderado, cujas causas principais foram descartadas após investigação clínica e laboratorial. Com base em achados na literatura e evidências clínicas, a anorexia nervosa foi considerada a causa primária do derrame pericárdico. **Comentários:** A proposta do artigo é relatar o derrame pericárdico como potencial complicação e marcador de gravidade de anorexia nervosa, que embora ainda seja pouco descrito, é considerado grave. Assim, estimula-se sua investigação rotineira no acompanhamento de pacientes portadores desse transtorno alimentar.

## PALAVRAS-CHAVE

Derrame pericárdico, anorexia nervosa, adolescente, transtornos alimentares.

## ABSTRACT

**Objective:** To report a case of pericardial effusion consequent to anorexia nervosa in an adolescent with this psychiatric condition. **Case description:** Adolescent woman, initially presented with overweight, and has evolved into characteristic findings of anorexia nervosa. Started monitoring at a specialized ambulatory, requiring hospitalization due to signs of hemodynamic instability, such as hypotension and bradycardia. During hospitalization, was evidenced a moderate pericardial effusion, and the main causes were excluded after clinical and laboratory research. Based on findings in the literature and clinical evidence, anorexia nervosa was considered the primary cause of pericardial effusion. **Comments:** The purpose of the article is to report the pericardial effusion as potential complication and marker of anorexia nervosa which although still little described is considered severe. Thus, its research is stimulated in the routine monitoring of patients with this eating disorder.

## KEY WORDS

Pericardial effusion, anorexia nervosa, adolescent, eating disorders.

<sup>1</sup>Pediatra e Hebiatra. Médica bolsista da Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e estagiária do Programa de Transtornos Alimentares do NESA/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Pediatra e Hebiatra. Médica da Atenção Secundária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e do Programa de Transtornos Alimentares do NESA/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Hebiatra, Pediatra do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), residente do terceiro ano de psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB/UF RJ) e colaborador do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA/UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup>Psicóloga e Psicanalista do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente NESA/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Pesquisa e Clínica em Psicanálise. Coordenadora do Programa de Transtornos Alimentares do NESA/UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>5</sup>Professor auxiliar da Disciplina de Medicina do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Roseanne Szumsztajn Beker (roseannesb@gmail.com) - NESA/UERJ - Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) / Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Pavilhão Floriano Stoffel - Avenida 28 de Setembro, 109, fundos, Vila Isabel - Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20551-030.

Recebido em 27/07/2013 - Aprovado em 10/09/2013

## > INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa é o transtorno alimentar mais comum entre os adolescentes<sup>1,2</sup>. Os principais fatores de risco são a idade e o sexo, sendo o pico de incidência na adolescência e a prevalência maior no sexo feminino. A principal comorbidade associada é a depressão, e as principais complicações clínicas são relacionadas à desnutrição crônica<sup>2</sup>.

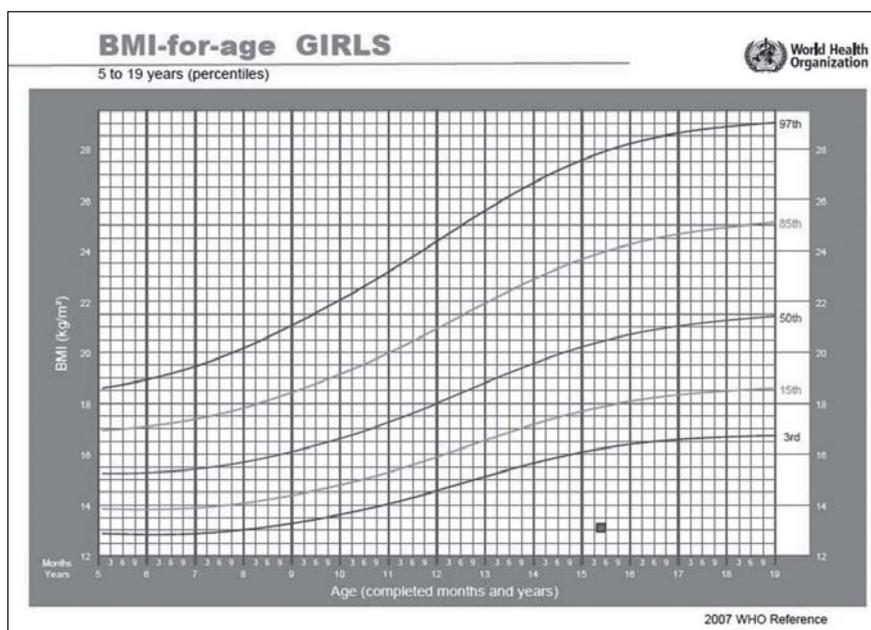
Entre os critérios diagnósticos da anorexia nervosa estão: recusa em manter o peso mínimo para idade e altura, medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gorda, distúrbio na maneira de vivenciar sua forma ou peso corpóreo e a amenorreia nas mulheres pós-menarca<sup>3</sup>.

As indicações de internação para esta patologia são: peso menor do que 80% do esperado para altura e idade, condições físicas de risco, como desidratação ou presença de comorbidades, sinais de falência circulatória, vômitos persistentes, condições psiquiátricas de risco e resposta insuficiente ao tratamento ambulatorial<sup>2</sup>.

## < RELATO DO CASO

N.M.M., 15 anos, sexo feminino, cor branca, estudante do 1º ano do Ensino Médio, moradora de Vila Isabel, Rio de Janeiro. Apresentava diagnóstico de anorexia nervosa desde meados de 2011, associada a humor deprimido e tentativas de suicídio no passado, já em acompanhamento em serviço privado por pediatra e psiquiatra. Fazia uso de sertralina 50mg/dia e olanzapina 2,5mg/dia. Negava práticas purgativas e auto-mutilação. Quanto à história patológica pregressa, era hígida, sem quaisquer doenças de base, além da anorexia nervosa.

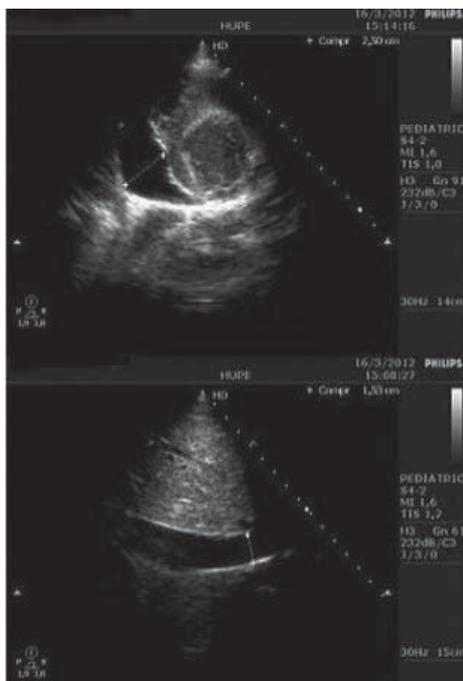
Em fevereiro de 2012, a paciente procura atendimento no ambulatório de Transtornos Alimentares do NESA/UERJ, com P(peso)=36,9kg (<<p3), e A(altura)= 167,5cm (p50-p85) e Índice de Massa Corporal (IMC)=13,15kg/m<sup>2</sup> (<<p3) (a imagem 1 no anexo mostra o gráfico do Ministério da Saúde, com tais medidas de IMC segundo sexo e idade), tendo sido indicada internação hospitalar, em serviço privado, para recuperação nutricional devido a desnutrição importante. Permaneceu internada por sete dias com consequente ganho de peso (aproximadamente 2,3kg).



**Imagem 1.**  
Gráfico do OMS  
"IMC X IDADE"  
para meninas  
5-19 anos,  
indicando como  
IMC paciente.

Em seguimento ambulatorial pós-alta, apresentava-se ainda muito emagrecida ( $P=39,2\text{kg}$  ainda  $\ll p3$ , com ganho inexpressivo no IMC, agora  $\text{IMC}=13,97\text{kg}/\text{m}^2 \ll p3$ ), com distribuição de lanugem em membros superiores, desidratada, hipocorada, acianótica, eupneica sem esforço, bradicárdica ( $\text{FC}=52\text{ bpm}$ ), hipotensa ( $\text{PA}=71 \times 55\text{mmHg}$ ), e apresentando bulhas hipofônicas. Abdome escavado, flácido e depressível, promontório sacral palpável. Pele bastante ressecada. Tanner M5P5, restante do exame sem alterações. Sem queixas algicas ou sinal de descompensação psiquiátrica.

Foram realizados os seguintes exames para avaliação cardiológica: RX tórax e ECG sem alterações, ecocardiograma com doppler (fevereiro e março/2012) evidenciando coração estruturalmente normal, dimensões e função cardíaca normais, válvula mitral de aspecto normal com refluxo mitral leve, derrame pericárdico (DP) importante, ausência de sinais de restrição diastólica. Essas imagens do ecocardiograma podem ser visualizadas no anexo, na imagem 2.



**Imagem 2.** Imagens do ecocardiograma realizado em março, evidenciando derrame pericárdico (DP) moderado.

Iniciou investigação diagnóstica ambulatorial para elucidação do derrame pericárdico (DP) e manejo clínico da anorexia nervosa (psicoterapia semanal, ajuste de doses das medicações, acompanhamento nutricional). Os exames laboratoriais não apresentavam nenhuma alteração sorológica infecciosa, endócrina ou reumatológica, bem como hemograma, bioquímica e demais exames sem alterações expressivas (vide tabelas 1 e 2 no anexo, com tais exames descritos).

Após manejo ambulatorial por um mês, a paciente não apresentou ganho de peso satisfatório e também iniciou queixas de dor torácica. Neste momento, apresentava  $P=37,1\text{kg}$ , e  $\text{IMC}=13,22\text{kg}/\text{m}^2$ , evidenciando a perda ponderal progressiva. Sendo assim, optou-se por nova internação hospitalar, desta vez na enfermaria de adolescentes NESA, para intensificação do cuidado clínico, nutricional e maior adesão psicoterápica, aliada a maiores possibilidades de investigação e suporte do derrame pericárdico.

Após buscas na literatura médica, foi aventada a hipótese de o derrame pericárdico ser consequência da anorexia nervosa. Durante o período de internação, a paciente evoluiu com melhora do estado geral e ganho de peso (cerca de  $5\text{kg}$ ), associado à regressão parcial do derrame pericárdico concomitantemente à realimentação.

**Tabela 1.** Resultados dos exames para investigação etiológica do derrame pericárdico (DP).

Exames (março/2012)	
Monoteste neg	VDRL neg
HBsAg neg	HSV IgM pos, IgG neg
Anti-HBs pos	Anti-HIV neg
Anti-HBc IgM, IgG neg	CMV IgM neg, IgG pos
HBe Ag neg, anti-HBe neg	Coxsackie IgM neg, IgG pos
Anti-HCV neg	PPD: anérgico
Cooms direto neg	PCR < 0,07
Eletrforese de PTN normal	TSH = 2,42 T4 livre = 0,9
FAN neg	Anti-TPO = 5

Tabela 2. Resultados dos exames para investigação etiológica do derrame pericárdico (DP).

Exames laboratoriais	Fevereiro	Março	Abril
Hematócrito	39,4%	35,8%	40,7%
Hemoglobina	13,3	12,7	13,3
Leucometria	4.300	3.460 55% linf.	4.200
Plaquetas	195 mil	161 mil	229 mil
Glicose	92	83	
PTNS totais	7,1	-	7,0
Albumina e globulina	A=4,4 e G=2,7	-	A=5 e G=2
Uréia	59	33	-
Creatinina	1,0	0,56	-
TGO	21	18	19
TGP	23	21	15
FA	26	30	-
GGT	48	41	-
BT/BD	1,03/0,35	-	-
Amilase	88	71	-
Lipase	47	45	-
Sódio	141	141	-
Potássio	4,6	4,0	-
Cálcio	9,0	9,2	-
Cloro	102	102	-
Colesterol T	175	183	-
EAS	Normal	Normal	-
EPF	Normal	-	-

Prosseguiu-se ao acompanhamento clínico em ambulatório especializado com atendimento multidisciplinar, com boa resposta. As doses das medicações foram otimizadas durante a internação, e nesse momento estava em uso de sertralina 100mg/dia e olanzapina 5mg/dia. Retornos semanais num primeiro momento contribuíram para a maior adesão ao tratamento e acompanhamento, culminando com ganho ponderal gradativo.

Aos poucos, a vida da paciente foi se restabelecendo e ela voltou ao convívio social, a frequentar a escola, entre outros hábitos rotineiros. Seguiu as orientações alimentares da nutrição e

não havia mais queixas de dispneia ou dor torácica, assim como negava vômitos ou outros métodos purgativos. Entretanto, ainda mantinha-se em amenorreia, já há 10 meses.

Os ecocardiogramas seriados que a paciente realizou no seguimento pós-alta mostraram regressão importante do DP, culminando com o completo desaparecimento do mesmo após cinco meses do início do quadro (involução do DP pode ser observada no anexo, tabela 3). O ganho ponderal total durante este tempo foi de quase 16kg. Por fim, após inúmeros meses em amenorreia, importante marcador clínico desta patologia, a paciente voltou a menstruar.

Em relação ao transtorno alimentar, a paciente apresentou evolução característica, que ilustra sua gravidade, oscilando entre pólos anoréxicos e bulímicos, com grande flutuação de peso, intercalando comportamento purgativo com compulsivo. Foi mantido o esquema medicamentoso (combinação de antidepressivo e antipsicótico), psicoterapia individual, suporte familiar e seguimento clínico e nutricional, desde então. É importante ressaltar que não houve formação de novo DP após restabelecimento do IMC mínimo, congruente a sua hipótese etiológica discutida a seguir.

## DISCUSSÃO

As complicações cardíacas na anorexia nervosa estão entre as principais causas de morte<sup>2</sup>. Estão relacionadas, principalmente, ao abuso de diuréticos e laxantes e às alterações já encontradas no exame físico desta paciente, tais como a hipotensão arterial, bradicardia e atrofia do músculo cardíaco<sup>2,4</sup>. O derrame pericárdico é uma complicação possível, ainda com poucos relatos na literatura<sup>4</sup>.

A incidência deste quadro varia entre 15-17%, segundo literatura estrangeira<sup>5</sup>. Os principais fatores de risco são o IMC baixo e a perda ponderal importante<sup>5,6</sup>. A clínica depende do tamanho do derrame, sendo que, na maioria dos casos, o tamanho é pequeno a moderado<sup>6</sup>. Por conta disso, comumente não necessitam de intervenção cirúrgica, havendo regressão espontânea a partir da realimentação<sup>6-9</sup>.

A etiologia do caso ainda não está definida pela literatura. Os estudos apontam para a possibilidade de consumo de gordura pericárdi-

ca, implicando no preenchimento deste espaço com líquido pericárdico<sup>6</sup>. O perigo nesses casos deve-se ao risco de algumas complicações cardíacas importantes, tais como a insuficiência cardíaca e tamponamento, o que explicaria a necessidade de medida interventiva<sup>7-9</sup>. Porém, segundo estes estudos, tal complicação é rara<sup>7-9</sup>.

A relevância do caso em questão é a descrição de um derrame pericárdico silencioso em uma paciente portadora de anorexia nervosa e suas consequências. O DP é visto neste caso como um possível marcador de gravidade de doença, quadro compatível com a literatura, ainda necessitando de mais estudos para sua elucidação<sup>5-10</sup>.

## CONCLUSÃO

Frente ao caso exposto, observa-se que ainda existem muitos pontos obscuros, tanto em relação à fisiopatologia do DP na anorexia nervosa, quanto do próprio transtorno alimentar. A descoberta de um possível componente do espectro clínico desta patologia desperta dúvidas quanto à benignidade deste achado, quanto à possibilidade de abordagem e também quanto ao prognóstico desta condição.

Conclui-se que a avaliação minuciosa do sistema cardiovascular é essencial na rotina da anorexia nervosa. A incidência de DP nesta população específica, com base na literatura, chama a atenção para a realização de mais estudos que avaliem a possível necessidade de ecocardiograma, mesmo quando o paciente é assintomático. O Programa de Transtornos Alimentares do NESA/UERJ incluiu o ecocardiograma na avaliação dos pacientes que apresentam quadro de anorexia nervosa.

**Tabela 3.** Avaliação ecocardiográfica evolutiva do derrame pericárdico (DP); março/2012.

Data	Comentário	Medida do Derrame Pericárdico (DP)
Março/2012	DP ainda moderado, porém melhor evolutivamente.	2,8 cm
Abril/2012	DP em regressão.	1 cm
Maió/2012	Pequeno DP.	0,6 cm
Julho/2012	Não foi visualizado DP.	-

---

## > REFERÊNCIAS

1. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl II):28-31.
  2. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. *J Pediatr (Rio J).* 2000; 76(Supl.3):S323-9.
  3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV).* 4a ed. American Psychiatric Association; 1994.
  4. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):29-33.
  5. Docx MK, Gewillig M, Simons A, Vandenberghe P, Weyler J, Ramet J, et al. Pericardial effusions in adolescent girls with anorexia nervosa: clinical course and risk factors. *Eat Disord.* 2010 May;18(3):218-25.
  6. Frölich J, von Gontard A, Lehmkuhl G, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Pericardial effusions in anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Mar;10(1):54-7.
  7. Kastner S, Salbach-Andrae H, Renneberg B, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Schmitz L. Echocardiographic findings in adolescents with anorexia nervosa at beginning of treatment and after weight recovery. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Jan;21(1):15-21.
  8. Polli N, Blengino S, Moro M, Zappulli D, Scacchi M, Cavagnini F. Pericardial effusion requiring pericardiocentesis in a girl with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2006 Nov;39(7):609-11.
  9. Inagaki T, Yamamoto M, Tsubouchi K, Miyaoka T, Uegaki J, Maeda T, et al. Echocardiographic investigation of pericardial effusion in a case of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2003 Apr;33(3):364-6.
  10. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2005;37 Suppl:S52-9; discussion S87-9.
-