

## *Bloqueio cardíaco completo em espondilite anquilosante*

Juan Pablo Restrepo<sup>1</sup>, María Del Pilar Molina<sup>2</sup>

### RESUMO

A espondilite anquilosante é uma doença reumática crônica de homens jovens que afeta principalmente o esqueleto axial e está associada ao HLA-B27 em 90% dos casos. A incidência de envolvimento cardiovascular em casos de espondilite anquilosante varia entre 10%–30%; foram descritos distúrbios de condução em 1%–9% dos pacientes com a doença. A maior parte do grupo acometido demonstra uma relação com doença de longa data. Este é o primeiro relato de bloqueio cardíaco completo em espondilite anquilosante precoce de nosso conhecimento.

**Palavras-chave:** espondilite anquilosante, antígeno HLA-B27, bloqueio cardíaco.

© 2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

### INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença reumática crônica de homens jovens que afeta principalmente o esqueleto axial e está associada ao HLA-B27 em 90% dos casos. Em pacientes com a doença crônica podem ocorrer manifestações cardiovasculares. Descrevemos um homem de 22 anos de idade que apresentou bloqueio cardíaco completo associado à EA.

### RELATO DE CASO

Homem colombiano de 22 anos de idade, saudável sob outros aspectos, apresentou-se com início insidioso de lombalgia que melhorava com o exercício, mas não era aliviada com o repouso, há mais de um ano e meio. O paciente havia sido tratado com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) por vários meses, sem exibir resposta. O Índice de Atividade da Doença de Espondilite Anquilosante de Bath (BASDAI) e o Índice de Metrologia de Espondilite Anquilosante de Bath (BASMI) eram, em princípio, 4,8 e 2, respectivamente. As radiografias sacroilíacas revelaram sacroileíte bilateral de grau 3 (Figura 1), e o HLA-B27 era positivo. O paciente negou doença cutânea, ocular, intestinal e geniturinária associada. Feito um diagnóstico de EA, com base nos critérios de classificação modificados

de Nova Iorque para EA.<sup>1</sup> Foi instituído o adalimumabe na dose convencional e, seis meses depois, o paciente se recuperou totalmente de sua queixa principal. Dois meses antes, teve um episódio de síncope. Durante a internação, foi realizado um eletrocardiograma em repouso, que detectou bloqueio atrioventricular completo (Figura 2). O ecocardiograma e os



**Figura 1**  
Sacroileíte bilateral de grau 3.

Recebido em 03/10/2011. Aprovado, após revisão, em 27/06/2012. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse. Universidad del Quindío, Colômbia.

1. Médico Reumatologista; Professor, Universidad del Quindío

2. Clínico Geral

Correspondência para: Juan Pablo Restrepo. Calle 13 No 1-35, consultório 412, Armenia. Quindío, Colombia. E-mail: jprestrepo@lycos.com



**Figura 2**

Eletrcardiograma de superfície, exibindo bloqueio atrioventricular completo com batimentos ectópicos ventriculares.

testes laboratoriais encontravam-se normais com o implante de marca-passo do tipo DDD-R. Atualmente, o paciente apresenta um BASDAI de 0,4 e um BASMI de 2, além de estar completamente assintomático.

## DISCUSSÃO

A EA é uma doença reumática crônica de homens jovens que afeta principalmente o esqueleto axial e está associada ao HLA-B27 em 90% dos casos.<sup>2</sup> A incidência de envolvimento cardiovascular em casos de EA varia entre 10%–30%.<sup>3</sup> As lesões mais comuns incluem aortite, incompetência valvular aórtica e distúrbios de condução. No último grupo podem ser observados bloqueios atrioventriculares, bloqueios de ramo do feixe de His e bloqueios intraventriculares. Foram encontrados bloqueios de condução atrioventricular em 1%–9% dos pacientes com EA.<sup>4</sup> Em princípio, esses bloqueios aparecem de forma intermitente, mas podem evoluir para bloqueio atrioventricular completo e definitivo. Dos pacientes com complicações cardíacas, 99% são do gênero masculino.<sup>5</sup>

Parece haver uma relação entre o implante de marca-passo definitivo e os resultados positivos para HLA-B27. Foi constatado que 15%–20% dos pacientes com implante de marca-passo definitivo eram positivos para o HLA-B27.<sup>6</sup> Duas teorias complementares podem explicar os distúrbios de condução: anomalias na artéria do nó atrioventricular e inflamação no septo intraventricular.<sup>7</sup> O risco de complicações cardíacas aumenta com a idade do paciente, a duração da EA, a presença de HLA-B27 e o envolvimento de articulações periféricas.<sup>8</sup> As alterações cardiovasculares tipicamente ocorrem na EA de longa data. Kinsella *et al.*<sup>9</sup> relataram uma duração média de EA de 21 anos; já o grupo do pesquisador Brunner

relatou uma duração média de 33 anos.<sup>10</sup> Confirmando os achados prévios, Dik *et al.* não constataram nenhum bloqueio atrioventricular de segundo/terceiro grau até depois de 11 anos de acompanhamento.<sup>11</sup> Esse grupo de pesquisadores definiu como “precoce” uma EA com diagnóstico de menos de dois anos. Nosso relato de caso sugere a monitoração cardíaca nos estágios iniciais do subgrupo acometido por EA e HLA-B27 positivo para diagnosticar os possíveis distúrbios de condução.

## REFERENCES

### REFERÊNCIAS

1. van der Linden S, Valkenburg H, Cats A. Evaluation of the diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27(4):361–8.
2. Peeters A, ten Wolde S, Sedney M, de Vries RR, Dijkmans BA. Heart conduction disturbance: an HLA-B27 associated disease. *Ann Rheum Dis* 1991; 50(6):348–50.
3. Kazmierczak J, Peregud-Pogorzelska M, Biernawska J, Przepiera-Bedzak H, Goracy J, Brzosko I *et al.* Cardiac arrhythmias and conduction disturbances in patients with ankylosing spondylitis. *Angiology* 2008; 58(6):751–6.
4. Bergfeldt L. HLA B27-associated cardiac disease. *Ann Intern Med* 1997; 127(8 Pt 1):621–9.
5. Sukenik S, Pras A, Buskila D, Katz A, Snir Y, Horowitz J. Cardiovascular manifestations of ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 1987; 6(4):588–92.
6. Bergfeldt L, Vallin H, Edhag O. Complete heart block in HLA B27 associated disease. Electrophysiological and clinical characteristics. *Br Heart J* 1984; 51(2):184–8.
7. Momeni N, Taylor N, Tehrani M. Cardiopulmonary manifestations of ankylosing spondylitis. *Int J Rheumatol* 2011; 2011:728471.
8. Ulusoy V, Ateş A, Çiçekcioğlu H, Acvioğlu Y, Karaaslan Y. Third-degree heart block developing in a female patient with HLA-B27 positive ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2006; 26(8):779–80.
9. Kinsella D, Johnson L, Ian R. Cardiovascular manifestations of ankylosing spondylitis. *Can Med Assoc J* 1974; 111(12):1309–11.
10. Brunner F, Kunz A, Weber U, Kissling R. Ankylosing spondylitis and heart abnormalities: do cardiac conduction disorders, valve regurgitation and diastolic dysfunction occur more often in male patients with diagnosed ankylosing spondylitis for over 15 years than in the normal population? *Clin Rheumatol* 2006; 25(1):24–9.
11. Dik V, Peters M, Dijkmans P, Van der Weijden M, De Vries MK, Dijkmans BA *et al.* The relationship between disease-related characteristics and conduction disturbances in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 2010; 39(1):38–41.