

PERICARDITE CONSTRICTIVA SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE: RELATO DE CASO

CONSTRICTIVE PERICARDITIS ASSOCIATED TO TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Larissa Simas Fachin¹

Médica. Especialista em Clínica Médica pelo Programa de Residência Médica do Hospital Tereza Ramos (HTR), Lages, Santa Catarina, Brasil. E-mail: larissimas@hotmail.com

Henrique Gaspar Sabatini Fernandes²

Médico. Especialista em Clínica Médica pelo Programa de Residência Médica do Hospital Tereza Ramos (HTR), Lages, Santa Catarina, Brasil. E-mail: sabatini@hotmail.com

Emanuella Simas Gregório³

Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, Brasil. E-mail: manuusimas@hotmail.com

Roberto Pereira Waltrick⁴

Médico. Especialista em Clínica Médica, Cardiologia e em Ecocardiografia. Preceptor no Programa de Residência Médica do HTR e Docente no Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Lages/SC, Brasil. E-mail: robertowaltrick@hotmail.com

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel⁵

Enfermeira. Doutorado e Pós-doutorado em Enfermagem. Docente no Programa de Residência Médica do HTR, no Curso de Graduação em Medicina na UNIPLAC e no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Saúde na UNIPLAC, Lages/SC, Brasil. E-mail: julianalessmann@gmail.com

RESUMO

A Pericardite Constrictiva caracteriza-se por ser uma condição clínica, reflexo de um processo inflamatório que acomete o pericárdio gerando perda da sua elasticidade e conseqüentemente evolução para insuficiência cardíaca diastólica. Nas populações de pacientes que convivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana a pericardite por Mycobacterium tuberculosis caracteriza-se como a etiologia mais comum. O presente estudo teve como objetivo: relatar um caso clínico de pericardite constrictiva secundária a tuberculose atendido em um hospital público da Serra Catarinense. Paciente masculino, internado com queixa de dispneia, exibindo sinais clínicos e de imagens sugestivas a derrame na cavidade pericárdica. Realizados RX tórax, TC tórax, eco cardiograma e biópsia do pericárdio, sendo o paciente encaminhado para pericardiectomia parcial, demonstrando no transoperatório a redução imediata da pressão intra atrial após retirada de pericárdio bastante espessado com consistência aumentada. Paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral. Os achados chamaram atenção para a etiologia tuberculosa como agente condicionante da presença de líquido na cavidade pericárdica associada à disfunção ventricular.

PALAVRAS-CHAVE: Pericardite. Pericardite Constrictiva. Tuberculose.

ABSTRACT

Constrictive pericarditis is characterized by being a clinical condition that reflects an inflammatory process that affects the pericardium generating loss of its elasticity and consequently evolving to diastolic heart failure. In the population of patients living with the Human Immunodeficiency Virus, Mycobacterium tuberculosis pericarditis is the most common etiology. The present study had as objective: to report a clinical case of constrictive pericarditis secondary to tuberculosis treated in a public hospital of the Serra Catarinense. Male patient, hospitalized with dyspnea, showing clinical signs and imaging studies suggestive of effusion in the pericardial cavity. Thorax X-ray, chest CT, echocardiogram and pericardium biopsy were performed, and the patient was referred for partial pericardiectomy, demonstrating intraoperatively immediate reduction of intra-atrial pressure after removal of thickened pericardium with increased

consistency. Patient was discharged in a good general condition. The findings drew attention to the tuberculous etiology as a conditioning agent for the presence of fluid in the pericardial cavity associated with ventricular dysfunction.

KEYWORDS: Pericarditis. Constrictive Pericarditis. Tuberculosis

INTRODUÇÃO

A pericardite constrictiva é uma síndrome clínica hemodinâmica decorrente de um processo inflamatório do pericárdio o tornando inelástico que pode acarretar constrição e insuficiência cardíaca diastólica, cuja prevalência é de aproximadamente 1% (TROUGHTON; ASHER; KLEIN, 2004) evidenciada através da constrição do coração. Todas as câmaras cardíacas podem ser acometidas, porém a constrição resulta na restrição ao enchimento diastólico (CHINNAIYAN; LEFF; MARSALESE, 2004).

A grande maioria é de origem idiopática, seguindo-se as causas noplásticas, infecciosas, pós-operatório de cirurgia cardíaca e radioterapia (IMAZIO et al., 2010), sendo as pericardites de origem bacteriana mais frequentes, seguidas por virais e raramente por fungos e parasitas (MAYOSI; BURGES; DOUBELL, 2005). Dentre as bactérias, o *Mycobacterium tuberculosis* é o agente etiológico mais usual (4-5%) em pacientes imunodeprimidos e nas populações de pacientes vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) (CANELAS et al., 2017).

O diagnóstico da pericardite constrictiva secundária à Tuberculose (TB) é feito através da manifestação clínica de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada após associada a exames de imagem. O tratamento consiste na ressecção do pericárdio (pericardiectomia), porém apresenta alta mortalidade perioperatória (6-12%) (SEFEROVIC et al., 2013), sendo que prognósticos melhores ocorrem na intervenção precoce. O presente estudo teve como objetivo: relatar um caso clínico de pericardite constrictiva secundária a tuberculose, atendido em um hospital de médio porte da Serra Catarinense.

METODOLOGIA

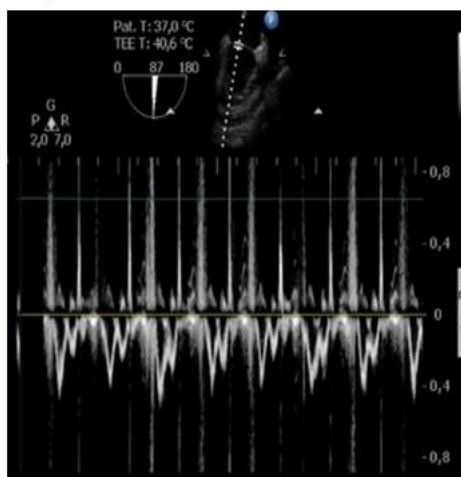
Trata-se de um estudo observacional, descritivo do tipo Relato de Caso, realizado em um hospital público da Serra Catarinense/Brasil. Obteve como população alvo um único indivíduo com história de Pericardite Constrictiva secundária a Tuberculose, identificado após 15 dias com queixas de dispneia progressiva e febre noturna. Os dados foram obtidos diretamente com o paciente e resultados dos exames: RX tórax, TC tórax, ecocardiograma e biópsia do pericárdio. O presente estudo cumpriu os aspectos éticos descritos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde; bem como obteve aprovação do paciente através do Termo de Livre Consentimento. Foi desenvolvido durante atividade de ensino da Residência Médica do Hospital Tereza Ramos. Foram cumpridos os quesitos relacionados ao sigilo e privacidade, e o paciente não teve ônus econômico-financeiro para a realização de qualquer etapa do estudo.

RELATO DE CASO

Caucasiano do sexo masculino, 50 anos de idade, etilista, tabagista, com diagnóstico recente de HIV, em acompanhamento e tratamento medicamentoso com antiretrovirais. Paciente previamente hígido, admitido com quadro de dispneia progressiva e febre noturna. Raio X de tórax evidenciou derrame pleural bilateral e aumento da área cardíaca. Ecocardiograma transtorácico com função sistólica preservada e derrame pericárdico importante. Foi submetido a procedimento cirúrgico de janela pericárdica associado à biópsia. Líquido pericárdico com caráter sanguinolento, negativo para malignidade com adenosina de amíase elevada (48.9 U/L) e biópsia demonstrando pericardite crônica granulomatosa com áreas de necrose tipo caseosa e células gigantes multinucleadas tipo Langerhans. Iniciado terapia para tuberculose associado a corticoide.

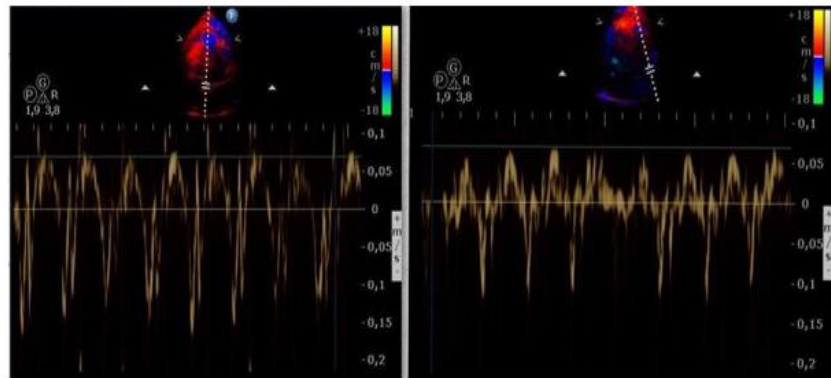
Paciente evoluiu com clínica de insuficiência cardíaca, piora da dispneia, edema periférico, turgência jugular, derrame pleural de repetição. Solicitado ecocardiograma transesofágico (Figura 1), que evidenciou ventrículo esquerdo com função sistólica preservada e dimensões normais, movimento atípico do septo padrão “bounce septal”, disfunção diastólica tipo III, relação E/A =2, padrão “annulus reversus” (Figura 2) com velocidade do doppler tecidual septal 17cm/s e lateral 11cm/s, derrame pericárdico leve com importante espessamento pericárdico, cava inferior dilatada com variabilidade inspiratória inferior a 50%, relação da velocidade reversa no final da diástole do fluxo da veia hepática em diástole / fluxo anterógrado das veias hepáticas de 1, preenchendo os critérios de constrição ao ecocardiograma. Tomografia de tórax (Figura 3) exibe pericárdio espessado homoganeamente sem calcificações presentes. Paciente encaminhado para pericardiectomia parcial (Figura 4), demonstrando no transoperatório a redução imediata da pressão intra-atrial após retirada de pericárdio bastante espessado com consistência aumentada. Paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral em classe funcional NYHA II.

Figura 1: Ecocardiograma transesofágico: Relação elevada E/A ao Doppler do influxo mitral. Serra Catarinense, 2019.



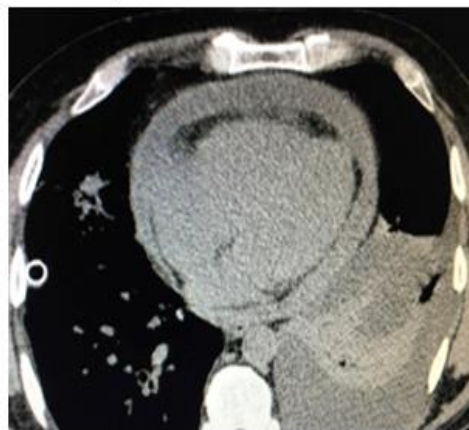
Fonte: Dados primários

Figura 2: Doppler tecidual: aumento da velocidade septal - "Annulus reversus". Serra Catarinense, 2019.



Fonte: Dados primários

Figura 3: Tomografia de tórax: Espessamento importante do pericárdio sem calcificação. Serra Catarinense, 2019.



Fonte: Dados primários

Figura 4: Pericardiectomia parcial. Pericárdio espessado no intra operatório. Serra Catarinense, 2019.



Fonte: Dados primários

DISCUSSÕES

A pericardite constrictiva consiste em quadro raro e, por tanto, de difícil diagnóstico, “sendo caracterizado na maioria das vezes como insuficiência cardíaca diastólica. Na ausculta cardíaca pode apresentar o estalido protodiastólico em quadros de calcificação e restrição grave ao enchimento ventricular” (LIMA et al., 2011, p.8). Nesta situação, “a pressão diastólica ventricular direita e esquerda aumenta, acarretando em elevadas pressões atriais médias, o que dificulta o retorno venoso das veias cavas para o átrio direito, que comumente ocorre na inspiração” (LIMA et al., 2011, p.8). Em quadros como este a pressão venosa média dificilmente diminuirá durante a inspiração e, por vezes aumentará, gerando o sinal de Kussmaul (LIMA et al, 2011). O pulso paradoxal é incomum (LIMA et al., 2011).

Alguns exames complementares têm se mostrado de grande auxílio na presunção do diagnóstico, a radiografia de tórax é normal na maioria das vezes, todavia pode mostrar calcificações pericárdicas principalmente nas projeções laterais. Na realização do ecocardiograma observa-se que na pericardite constrictiva pode ocorrer aumento do espessamento pericárdico (SBC, 2013), permitindo ainda uma avaliação quantitativa do mesmo e sua repercussão hemodinâmica. Dentre os achados na presença de constrição pericárdica, os mais frequentes são: “movimentação anormal do septo interventricular, aumento bi atrial, relação do influxo mitral E/A elevado geralmente acima de 0,8, velocidade do doppler tecidual septal maior que 8 cm/s associado a redução da velocidade lateral “annulus reverso” (NAGUEH et al., 2016; SBC, 2013, p,17). A tomografia de tórax tem a maior especificidade para mostrar a calcificação e a ressonância cardíaca com o padrão ouro no diagnóstico da fisiologia constrictiva.

A Tuberculose é uma doença de distribuição mundial, tendo íntima relação com nível socioeconômico baixo, desnutrição e más condições de habitação (BRASIL, 2016). Quanto à terapêutica, “pacientes com pericardite tuberculosa (PTBC) comprovada ou muito provável devem ser tratados” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, 2013, p.23-24), sendo que em casos com derrame e constrição recomenda-se o uso de tuberculostáticos em associação à esteroides, podendo dirimir a necessidade de pericardiocentese ou pericardiectomia (MAYOSI; BURGESS; DOUBELL, 2002; SBC, 2013), porém “se, a despeito da terapia combinada, há o desenvolvimento de constrição, a pericardiectomia está indicada” (SBC, 2013, p.24).

CONCLUSÃO

Acredita-se que este caso merece ser relatado, visto o aspecto inusitado identificado nas imagens do derrame pericárdico e pelas complicações possivelmente letais de pericardites tuberculosas com evolução para o quadro constritivo.

Embora seja uma condição clínica rara, está somada a elevada mortalidade e deve ser considerada entre os possíveis diagnósticos etiológicos, fazendo uso das ferramentas diagnósticas complementares, como exames de imagem, biópsia e marcadores sorológicos, tendo em vista que uma estratégia de tratamento precoce poderá prevenir futuras complicações e impacto na qualidade de vida do paciente.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina pela bolsa de estudos para os Residentes e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - FAPESC (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio. Conceitualmente o termo qualidade de vida, em virtude de sua complexidade

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CANELAS, C.; CARVAS, J.M.; FONTOURA, I., LEMOS J. **Pericarditis: not all are idiopathic**. Galicia Clin., v.78, n.1, p.31-34, 2017. Disponível em: <https://galiciaclinica.info/PDF/43/1039.pdf> . Acesso em: 10 abr. 2019.

CHINNAIYAN, K.M.; LEFF, C.B.; MARSALESE, D.L. **Constrictive pericarditis versus restrictive cardiomyopathy: challenges in diagnosis and management**. Cardiol Rev., v.12, n. 6, p.314-320, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15476569> . Acesso em: 10 abr. 2019.

IMAZIO, M.; SPODICK, D.H.; BRUCATO, A.; TRINCHERO, A.B.; ADLER, Y. Controversial issues in the management of pericardial diseases. Circulation., v.121, n.7, p.916-928, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.844753> . Acesso em: 10 abr. 2019.

LIMA, M.V.; CARDOSO, J.N.; CARDOSO, C.M.R.; BRANCALHÃO, E.C.O.; LIMACO, R.P.; BARRETTO, A.C.P. Pericardite constritiva com calcificação extensa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 96, n. 1, p. e7-e10, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MAYOSI, B. M.; BURGESS, L.J.; DOUBELL, A.F. **Tuberculous pericarditis**. *Circulation.*, v.112, n.23, p.3608-3616, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16330703>. Acesso em: 10 abr. 2019.

NAGUEH, S.F; et al. **Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging**. *J Am Soc Echocardiogr.*, 2016 v.29, n.4, p.277-314. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27037982>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SEFEROVIC, M. P., et al. **Pericardial syndromes: an update after the ESC guidelines 2004**. *Heart Fail Rev.*, v.18, n.3, p.255-266, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855353>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARTIOLOGIA. I diretriz Brasileira de miocardites e pericardites. **Arq Bras Cardiol**, v.100, n.4, supl. 1, p. 1-36, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Miocardites_e_Periocardites.pdf Acesso em: 10 abr. 2019.

TROUGHTON, R.W.; ASHER, C.R.; KLEIN, A.L. **Pericarditis**. *Lancet.*, v.363, n.9410, p.717-727, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15001332>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Recebido em: 29-09-2018

Aceito em: 11-11-2019