

Relato de caso: Pericardite constritiva por tuberculose de evolução rápida

Maria Luiza Ricarte Ruggeri¹ - mahrugge@hotmail.com

Paloma Maria Ribeiro Lescura França¹ - paloma.lescura@gmail.com

Bruna Franchito Freire¹ - brunafanchito@hotmail.com

Rogério Sento-sé Libório Cordeiro Filho² - rc041798@gmail.com

Carla Adriane Roballo Bertelli³ - carlaroballo@gmail.com

¹Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

²Serviço de Clínica Médica no Hospital PUC Campinas

³Médica no Hospital PUC Campinas; Docente da faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Fundamentação teórica/Introdução: A Pericardite Tuberculosa é uma condição rara de Tuberculose Extrapulmonar, pode acontecer entre 1-4% dos casos tuberculose (TB), representa 10% dos casos de pericardite.

Objetivos: Relatar um caso de TB pericárdica, difícil diagnóstico e tratamento.

Delineamento/Métodos: Relato de caso.

Resultados: Feminino, 25 anos, hígida, não usuária de drogas ilícitas, sem epidemiologia para TB. Apresentava dor retroesternal há 4 dias, forte intensidade, ventilatório dependente e palpitações. Negava dispneia e febre. Referia síndrome gripal há 10 dias. Ao exame físico, FC 126 bpm e ausculta cardíaca/pulmonar sem alterações. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal, inversão de onda T em DII, DIII, aVF, V2 a V6, onda Q em DIII, intervalo PR curto. Exames evidenciaram proteína C reativa (PCR) 9,6mg/l, troponina negativa, hemograma normal. Tomografia de tórax (TC) com derrame pericárdico, discreto derrame pleural bilateral e linfonomegalia mediastinal. O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico, sem repercussão hemodinâmica. Iniciado tratamento com antiinflamatório não hormonal, com melhora da dor torácica, mantendo febre diária e taquicardia sinusal. Devido a persistência dos sintomas, associado à colchicina. Sem melhora, evoluiu após 7 dias com dispneia e queda da saturação para 88% em ar ambiente, associado a tosse secretiva, leucocitose no hemograma e piora do PCR. Aventada hipótese de Pneumonia nosocomial, realizada nova TC, com consolidação em base esquerda. Iniciado antibiótico (ATB) e prednisona 40mg/dia. Sem melhora clínica, foi realizado Ressonância Magnética (RNM) demonstrando acometimento grave e difuso em pericárdio, compatível com Pericardite Constritiva Aguda. Após ATB, apresentou melhora do quadro respiratório, porém manutenção da febre e taquicardia, optada pelo aumento da dose do corticoide para 60mg/dia e pericardiectomia com biópsia do pericárdio. Material histopatológico e microbiológico com resultado compatível com pericardite por TB. Iniciado esquema Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Após um mês de tratamento com corticoide, manteve febre e taquicardia. Nova RNM com abscesso em região retropericardica e iniciado novo esquema de ATB e, após cerca de 21 dias, apresentou melhora clínica progressiva. Foi coletada sorologia HIV com resultado negativo.

Conclusões/Considerações Finais: A TB é um agente incomum em pericardites, porém devemos pensar no diagnóstico etiológico, em quadros refratários.

Palavras-chave: Pericardite constritiva; Tuberculose Pericárdica.