

# PERICARDITE TUBERCULOSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA – RELATO DE CASO

Liliana Ludwig Ziegler<sup>1</sup>; Jéssica Bastos Martins<sup>1</sup>; Jordana Smaniotto Rossi<sup>1</sup>; Leopoldo de Moura Curti<sup>1</sup>; Me. Walton Luiz del Tedesco Júnior<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médicos e residentes de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Londrina – Londrina/PR;

<sup>2</sup>Médico Infectologista, mestre em Fisiopatologia Clínica e Laboratorial e coordenador da Residência de Clínica Médica da Irmandade da Santa Casa de Londrina – Londrina/PR.

Rua Espírito Santo, 523 - Centro, Londrina - PR, 86010-510. (43) 3373-1500.

**Descritores:** Pericardite Tuberculosa. Insuficiência Respiratória. Antituberculosos.

## Introdução

Pericardite tuberculosa é uma forma de apresentação infrequente, porém uma complicação importante da tuberculose. Como o diagnóstico pode ser difícil de ser estabelecido, resulta em complicações tardias e altas taxas de mortalidade.

## Objetivos

Descrevemos o caso de pericardite tuberculosa em paciente sem fatores de risco aparentes para desenvolver a doença e que obteve desfecho desfavorável.

## Delineamento e métodos

Trata-se de um relato de caso de paciente atendida em hospital terciário para investigação de dor epigástrica e dispneia. O embasamento teórico foi obtido através da análise de artigos disponíveis em plataformas médicas online, como *PubMed* e *UpToDate*.

## Descrição do caso

Paciente feminina, 66 anos, previamente hipertensa, diabética e dislipidêmica, admitida em hospital terciário apresentando há uma semana dor epigástrica, associada a dispneia e ortopneia, evoluindo com dessaturação e necessidade de oxigenioterapia suplementar.

Ecocardiograma transtorácico com evidência de derrame pericárdico circunferencial com colapso de câmaras direitas, sendo optado por drenagem de pericárdio com retirada de 200ml de líquido hemático. A análise do líquido demonstrou

celularidade elevada com predomínio linfocitário e adenosina deaminase (ADA) 49. O anatomopatológico de segmento de pericárdio demonstrou pericardite com discreto / moderado infiltrado linfocitário e fibrose.

A avaliação para tuberculose pulmonar foi negativa. Paciente evoluiu com melhora clínica após início de esquema terapêutico padrão para tratamento de pericardite tuberculosa.

Após a alta hospitalar, retornou ao serviço por mais duas ocasiões devido derrame pleural, evoluindo com choque séptico refratário e óbito cerca de 50 dias após início do quadro.

### **Conclusões**

A pericardite tuberculosa ocorre em cerca de 4% dos pacientes imunocompetentes com diagnóstico de pericardite aguda. O diagnóstico é provável quando a análise do líquido pericárdico demonstra exsudato linfocítico com níveis elevados de ADA e/ou em caso de resposta clínica à terapia antituberculosa.

Estudos demonstraram a redução drástica de mortalidade entre pacientes com pericardite tuberculosa com uso de terapia antituberculosa. Ocorreu uma queda de mortalidade de 80 a 90% para 8 a 17% em pacientes sem infecção por HIV.

Apesar das condutas adotadas, a paciente evoluiu com complicações decorrentes tanto da doença de base quanto de suas comorbidades e de múltiplas internações, demonstrando a alta mortalidade da patologia.