

TAMPONAMENTO CARDÍACO POR TUBERCULOSE: UM RELATO DE CASO

Igor Keidi Okamoto Oishi^{1,2}; Guilherme Teoro^{1,2}; João Paulo Quesa Aliberti^{1,2}; Rayane Biolchi^{1,2}; Caio Murilo de Almeida^{1,2}

¹Faculdade de Medicina, Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama/PR.

²Hospital União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer de Umuarama (UOPECCAN), Umuarama/PR.

Palavras-chave: Tuberculose, Pericardite, POCUS.

Introdução: O acometimento pericárdico em pacientes com tuberculose extrapulmonar é uma complicação que ocorre em aproximadamente 2% dos casos, podendo progredir para tamponamento pericárdico ou pericardite constrictiva. Um valor de adenosina deaminase (ADA) superior a 40 U/L no líquido pericárdico tem sido utilizado como critério diagnóstico, apresentando uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%. A ultrassonografia point-of-care (POCUS) tem desempenhado um papel fundamental ao detectar precocemente o derrame pericárdico; uma técnica de imagem rápida, acessível e que pode ser realizada à beira do leito.

Objetivo: Relatar um caso de pericardite por tuberculose com tamponamento cardíaco e demonstrar o auxílio da POCUS para direcionar o tratamento.

Delineamento e métodos: Os dados foram obtidos através da análise de prontuário e registro de exames.

Descrição do Caso: Homem, 68 anos, procedente do Paraná, ex-agente penitenciário, em acompanhamento por leucemia mielomonocítica crônica, além de hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus tipo 2 e trombose venosa profunda; em uso de atenolol, enalapril, rivaroxabana, gliclazida, metformina e hidroxiureia. Foi admitido em Unidade de Terapia Intensiva para investigação de choque refratário às drogas vasoativas, onde foi realizado a POCUS, evidenciando derrame pericárdico com sinais de tamponamento cardíaco (colapso diastólico de ventrículo direito), veia cava inferior 21,5mm; e colapso <50%. Realizado pericardiocentese, o qual drenou

500ml de líquido sero-hemático. Após dois dias, ocorreu uma recidiva, com necessidade de repetir pericardiocentese com drenagem de 650ml, mantendo cateter duplo lúmen. A análise do líquido pericárdico demonstrava - ADA: 92,5 U/L; leucócitos 800/mm³; neutrófilos 69%; eosinófilos 0%; monócitos: 1%; linfócitos: 30%. Cultura para fungos e bactérias: negativa; pesquisa de bacilo álcool-ácido-resistente: negativa. Após início do tratamento com isoniazida, etambutol, rifampicina e pirazinamida, paciente evoluiu com melhora clínica e em seguimento ambulatorial, não houveram novos episódios de derrame pericárdico.

Conclusões: A alta suspeição clínica perante a epidemiologia, exames de imagem e laboratoriais foram fundamentais para a realização do diagnóstico, visto que tratava-se de um quadro clínico inicialmente inespecífico. A pericardite por tuberculose pode ser altamente fatal quando não diagnosticada e tratada corretamente, sendo assim, a utilização do POCUS promove benefícios ao diagnosticar e intervir precocemente, reduzindo desfechos desfavoráveis.

Referências Bibliográficas

ALERHAND, S. *et al.* Pericardial tamponade: A comprehensive emergency medicine and echocardiography review. *Am J Emerg Med.* 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35696801/>.

HOCH, V. C. *et al.* ED point-of-care ultrasonography is associated with earlier drainage of pericardial effusion: A retrospective cohort study. *Am J Emerg Med.* 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35986978/>.

LÓPEZ-LÓPEZ, J. P. *et al.* Tuberculosis and the Heart. *J Am Heart Assoc.* 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33733808/>.

MANN, D. L. *et al.* Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p. 4255-4257.

NAICKER, K.; NTSEKHE, M. Tuberculous pericardial disease: a focused update on diagnosis, therapy and prevention of complications. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32420111/>.

DESCRIÇÃO DO CASO ORIGINAL:

Paciente do sexo masculino, 68 anos, natural e procedente do estado do Paraná, ex-agente penitenciário, buscou atendimento por um quadro de taquicardia e dispneia. Acompanhava na instituição por leucemia mielomonocítica crônica, além de demais comorbidades: hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus tipo 2 e trombose venosa profunda; fazendo uso de atenolol, enalapril, xarelto, gliclazida, metformina e hidroxiureia.

Na enfermaria, foi identificado derrame pleural bilateral (realizado toracocentese apresentando exsudato) e derrame pericárdico, paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e sinais de baixo débito, sendo admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Durante a admissão, paciente estava alerta, comunicativo, diaforético, hipotenso, com perfusão periférica lentificada, apresentando uma taquicardia supraventricular, a qual foi revertida para ritmo sinusal com adenosina 6mg - em seguida evoluindo para fibrilação atrial. POCUS realizado, evidenciando derrame pericárdico importante, com sinais de tamponamento cardíaco (colapso diastólico de ventrículo direito), veia cava inferior 21,5mm; e colapso <50%. Realizado pericardiocentese o qual drenou 500ml de líquido sero-hemático. Após dois dias de tal evento, ocorreu uma recidiva do tamponamento cardíaco, com necessidade de repetir pericardiocentese com drenagem de 650ml, mantendo cateter duplo lúmen para irrigação e drenagem.

A análise do líquido pericárdico demonstrava - exames bioquímicos: pH 7; glicose 100,70 mg/dL; proteínas totais 5,33 g/dL; amilase 24,40 mg/dL; albumina 3,38 g/dL; LDH 1.296 U/L; ácido láctico 7,3 mmol/L. Exames citológico: leucócitos 800/mm³; neutrófilos 69%; eosinófilos 0%; monócitos: 1%; linfócitos: 30%. Cultura para fungos: negativo; pesquisa de bacilo álcool-ácido-resistente: negativo; adenosina deaminase: 92,5 U/L; cultura automatizada: ausência de crescimento de bactérias. Fator reumatóide: 4,85 UI/mL; FAN: não reagente.

Iniciado tratamento com esquema quádruplo antituberculose (isoniazida, etambutol, rifampicina e pirazinamida), levando a melhora dos sintomas clínicos do paciente.