

## TAMPONAMENTO CARDÍACO POR TUBERCULOSE EM PORTADORES DE LUPUS DISSEMINADO. DIAGNÓSTICO ATRAVÉS DE PERICARDIOCENTESE. RELATO DE CASO

JAYME DIAMENT, JACOB JEHUDA FAINTUCH, FERNANDO PEIXOTO FERRAZ DE CAMPOS, LUÍS FERNANDO DE MACEDO BRIGIDO, ELIANE REY ROCHA PINTO, LUÍS GASTÃO DE SERRO AZUL

---

*Paciente portadora de lupus eritematoso disseminado desenvolveu tamponamento pericárdico e foi submetida à pericardiocentese, a qual permitiu o diagnóstico de tuberculose pericárdica através da identificação do bacilo. A importância do diagnóstico precoce da tuberculose para o sucesso terapêutico é sublinhada.*

---

A tuberculose é uma doença multiforme que pode simular outras condições patológicas<sup>1</sup>. O tamponamento, na pericardite tuberculosa, pode ocorrer durante o estágio efusivo ou na fase tardia da cicatrização<sup>2</sup>. A pericardite ocorre em 2/3 a 3/4 das pacientes com lupus eritematoso disseminado que são submetidos à autópsia<sup>3</sup> e também pode evoluir para tamponamento cardíaco ou constrição<sup>4</sup>.

A pericardiocentese, descrita por Sénac em 1749<sup>5</sup>, tem aplicação na prática médica ainda parcialmente discutível. É recomendada por vários autores somente em emergência, pois uma alternativa cirúrgica seria mais segura, além de permitir melhor drenagem do saco pericárdico favorecendo um diagnóstico etiológico em maior número de casos<sup>6,7</sup>.

Tendo em vista a controvérsia a respeito da utilidade da pericardiocentese<sup>6-8</sup>, julgamos oportuno a apresentação de um caso em que foi realizada em caráter de emergência e permitiu o diagnóstico de tuberculose e a instituição da terapêutica apropriada.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Mulher branca de 30 anos, procedente da Bahia, há 3 anos, apresentou dor nas articulações dos pés e tornozelos com edema e sensação de calor local, acometendo aditivamente os joelhos, punhos e cotovelos. Apresentou, nessa época, febre alta. Após tratamento hospitalar, obteve regressão do quadro. Seis meses após o início dos sintomas, voltou a apresentar artrite em articulações interfalangeanas proximais e distais e joelhos com duração de 1 mês. Há 5 meses, notou queda do cabelo, emagrecimento, febre constante e há 2 meses, dor

precordial constante aliviada parcialmente em decúbito dorsal horizontal.

O exame físico revelou pressão arterial igual a 10,5 x 8 cmHg, pulso e frequência cardíaca 104 bpm, frequência respiratória 28 rpm; ausência de estase jugular, bulhas cardíacas rítmicas com 3.<sup>a</sup> bulha intermitente e atrito pericárdico.

O eletrocardiograma revelou ritmo sinusal e ondas T achatadas difusamente. A radiografia de tórax mostrou cardiomegalia, congestão pulmonar e suspeita de discreto derrame pericárdico. O ecocardiograma confirmou a presença de derrame pericárdico moderado com desempenho ventricular conservado e a pesquisa do fator antinúcleo foi positiva com título 1:400 e com padrão homogêneo. A concentração da uréia e da creatinina encontrava-se dentro dos limites normais.

Foi mantida a medicação instituída para a doença (lupus eritematoso disseminado): prednisona (60 mg/dia), além de digitálico.

No 17.<sup>o</sup> dia após a internação, apresentou piora da dispnéia e estase jugular. O exame radiológico mostrou aumento da área cardíaca (fig. 1) e o traçado eletrocardiográfico revelou fibrilação atrial e diminuição da amplitude do complexo QRS (de 7mm para 6mm). Considerando-se que a paciente estava desenvolvendo tamponamento cardíaco, foi realizada a pericardiocentese que, surpreendentemente, permitiu a demonstração de bacilos álcoolácido resistentes (BARR) no líquido amarelo turvo, cuja cultura, ulteriormente, permitiu identificação **M. tuberculosis**.

Após o esvaziamento do líquido pericárdico (fig. 2) houve reversão da fibrilação atrial, permanecendo,

---

Trabalho realizado no Serviço de Propedêutica e Clínica Geral II da Divisão de Clínica Médica II do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

depois, em ritmo sinusal. Imediatamente após a punção pericárdica, a amplitude do complexo QRS atingiu 9mm e a frequência cardíaca 80bpm.

Em vista do diagnóstico bacterioscópico, foi adotado o esquema tríplice antituberculose (hidrazida, rifampicina e pirazinamida). O exame radiológico do tórax, ulterior à pericardiocentese, foi compatível com tuberculose miliar e a pesquisa de BAAR no suco gástrico foi positiva. A paciente permaneceu afebril com discreta melhora do estado geral voltando, entretanto, a apresentar taquicardia sinusal (frequência cardíaca média de 110 bpm).



Fig. 1



Fig. 2

## COMENTÁRIOS

Uma revisão de 123 pericardiocenteses, realizadas durante os anos 1970-76 nos Estados Unidos, mostrou que a análise do líquido pericárdico permitiu o diagnóstico específico (neoplásia, infecção bacteriana, efusão quilosa ou hemopericárdio) em, 24% dos casos e diagnósticos novos em somente 7% dos casos. O tamponamento cardíaco regrediu em 61% dos pacientes após a pericardiocentese e, em 39% dos casos, somente a drenagem cirúrgica aliviou o tamponamento. Cinquenta e dois por cento dos pacientes apresentaram algum benefício diagnóstico e/ou terapêutico com a pericardiocentese. Não foi encontrado nenhum caso de pericardite tuberculosa nessa série de pacientes <sup>7</sup>.

Entretanto, tanto em nosso meio<sup>9</sup> como na África<sup>5</sup>, é a tuberculose a principal causa de pericardite aguda.

Por outro lado, foi referido que 2 pacientes, dentre 123, morreram imediatamente após a punção pericárdica, outro paciente apresentou taquicardia ventricular e vários indivíduos tiveram reações vasovagais <sup>7</sup>. Durante a punção pericárdica, pode ocorrer laceração de coronária ou do miocárdio e fibrilação ventricular <sup>6</sup>. Portanto, a opinião aceita é de que a aspiração por agulha deve ser limitada às emergências: tamponamento cardíaco.

Para fins diagnósticos, a drenagem cirúrgica aberta e a biópsia de pericárdio são recursos mais seguros e informativos <sup>6,7</sup>. O diagnóstico da tuberculose é freqüentemente tardio, especialmente em áreas com baixa prevalência da infecção. Portanto, paradoxalmente, em ambientes com tecnologia médica avançada, o diagnóstico de tuberculose é freqüentemente difícil e às vezes só é feito durante autópsia <sup>1</sup>. A pericardite é uma forma rara, porém potencialmente letal da tuberculose, com mortalidade de aproximadamente 40%, apesar da quimioterapia antituberculosa. A elevada taxa de letalidade parece refletir a dificuldade do diagnóstico precoce e os efeitos críticos da inflamação e do derrame na mecânica miocárdica <sup>10</sup>.

O presente caso mostra que, embora a punção pericárdica não forneça usualmente o diagnóstico etiológico de tuberculose <sup>2,8,10</sup>, o procedimento invasivo permitiu a instituição da terapêutica apropriada em tempo adequado, favorecendo a boa evolução da paciente.

Chamamos também a atenção que, nessa paciente, a doença de base por si justificava o acometimento pericárdico. A persistência ou a piora do derrame pericárdico seriam motivo para a busca de outros fatores etiológicos concomitantes.

## SUMMARY

A woman with systemic lupus erythematosus who presented cardiac tamponade, required pericardial aspiration. The diagnosis of tuberculosis was made upon

finding the bacilli. The authors emphasize the importance of early diagnosis of tuberculosis for a successful therapy.

#### REFERÊNCIAS

1. Pitlik, S. D. Fainstein, V.; Bodey, G. P. - Tuberculosis mimicking cancer. *Am. J. Med.* 76: 822, 1984.
2. Schepers, G. W.; Delaware, W. - Tuberculous pericarditis. *Am. J. Cardiol.* 9: 248, 1962.
3. Stolerman, G. H. - Systemic Lupus erythematosus. in: Braunwald, E. ed *Heart Disease*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1980. p. 1752.
4. Browning, C. A.; Bishop, R. L.; Heilpern, R. J.; Singh, J. B. Spodick, D. H. - Accelerated constrictive pericarditis in procainamide - induced systemic lupus erythematosus. *Am. J. Cardiol.* 53: 376, 1984.
5. Agboton, H. - Les péricardites aiguës en Afrique de l'ouest. *Cardiologie Tropicale* (N.º spécial): 17, 1984.
6. Fowler, N. O. - The recognition and management of pericardial disease and its complications. In: Hurst, J. W., (ed) - *The Heart*. Mc Graw Hill, New York, 1978. p. 1650.
7. Krikorian, J. G.; Hancock, E. W. - Pericardiocentesis. *Am. J. Med.* 65: 808, 1978,
8. Hancock, E. W. - Management of pericardial disease. *Mod. Conc. Cardiovasc. Dis.* 48: 1, 1979.
9. Friedmann, A. A.; Barreira, P. L.; Faintuch, J. J.; Serro-Azul, L. G.; Diament, J. - Pericardiopatias. Aspectos clínicos de 50 casos internados. XL Congresso Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, 1984.
10. Alvarez, S.; McCabe, W. R. - Extrapulmonary tuberculosis revisited. *Medicine*, 63: 25, 1984.