

PERICARDIOPATIAS: ASPECTOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS

LUIZ CARLOS SÃO THIAGO

Foram estudados, retrospectivamente, 75 pacientes portadores de pericardiopatia, vistos em hospital geral. A doença foi mais freqüente nas 2.^a e 4.^a décadas e predominou no sexo masculino até a 4.^a década. Depois dela, a freqüência foi similar quanto ao sexo. Em 35% dos casos da forma aguda e em todos os da forma crônica constrictiva, não pôde ser determinada a causa. Cerca de 17% dos casos agudos "idiopáticos" evoluíram com manifestações efusivo-constrictivas, ditando pericardiectomia precoce. Outros 8% complicaram-se com tamponamento cardíaco. Tuberculose pericárdica foi diagnosticada 3 vezes (4% do total), pela presença do germe no líquido pericárdico e/ou por aspectos histopatológicos compatíveis. Se adotados os critérios diagnósticos presuntivos de tuberculose, o número de casos elevar-se-ia para 8 (10,6%). O esquema tríptico para tuberculose foi usado, não só nos casos comprovados, como em todos aqueles em que houve suposição diagnóstica da doença.

Contudo, provavelmente não está justificado o emprego de tuberculostáticos em todos os casos de evolução problemática e nos quais outras causas foram descartadas.

Pericardiectomia foi realizada 11 vezes em 10 pacientes. Desses, em 1, houve persistência da constrição por ressecção pericárdica incompleta; em outro, houve persistência da doença ativa; um terceiro faleceu por insuficiência miocárdica.

As doenças do pericárdio podem obedecer a múltiplas causas. Com excessiva freqüência, os casos agudos, com evolução para a cura, permanecem sem diagnóstico e etiológico.

Por outro lado, na doença pericárdica crônica constrictiva, embora considerada, em princípio, como sendo determinada pela tuberculose, dificilmente se consegue a comprovação laboratorial ou histopatológica da doença.

Nas últimas décadas, a forma efusivo-constrictiva, evolução aguda (ou subaguda), tem sido diagnosticada com freqüência, ditando terapêutica cirúrgica precoce (pericardiectomia).

No presente trabalho, procuraram-se investigar a etiologia, as diferentes formas clínicas, o caráter evolutivo e a conduta terapêutica, em um grupo de pacientes vistos em hospital geral.

MATERIAL E MÉTODOS

Os prontuários de 75 pacientes portadores de pericardiopatia, atendidos no período compreendido entre 1968 e 1982, no Hospital Universitário da Uni-

versidade Federal de Santa Catarina, no Hospital Governador Celso Ramos, no Hospital de Caridade de Florianópolis e em clínica privada foram analisados retrospectivamente.

Dor torácica, atrito pericárdico, supradesnivelamento do segmento ST do eletrocardiograma, aumento da área cardíaca, não decorrente de sobrecarga do coração ou de insuficiência cardíaca, sinais de tamponamento ou de compressão cardíaca, elementos ecocardiográficos de derrame pericárdico, presença de líquido pericárdico ou alterações anátomo-patológicas do pericárdio à pericardiocentese, à biopsia pericárdica ou à pericardiectomia foram os critérios utilizados para o diagnóstico de pericardiopatia.

Em cada caso, foi investigada a causa provável da pericardiopatia.

Em uma segunda etapa, procurou-se correlacionar a causa com o tipo clínico de apresentação e com as complicações.

A seguir, foram analisados os procedimentos terapêuticos, em função dos aspectos etiológicos, clínicos e evolutivos.

RESULTADOS

Quanto ao sexo, 41 de 66 casos analisados, eram do masculino e 25 do feminino.

Com relação à idade, em 52 casos analisados, a mesma variou dos 12 aos 82 anos, com média de 38 anos. A discriminação por faixa etária, mostra maior incidência da 2.^a e da 4.^a década.

Até a 4.^a década, a proporção de pacientes do sexo masculino foi 3,6:1, porém, da 5.^a década em diante, essa predominância desapareceu (1:1).

A causa foi verificada nos 75 casos. A inespecífica (29 casos) ou idiopática e a urêmica (16 casos) foram as mais freqüentes, seguindo-se a da síndrome pós-pericardiotomia (6 casos) e a da fase aguda do infarto do miocárdio (6 casos). Causas menos fre-

qüentes foram: tuberculosa (3 casos), bacteriana (3 casos), traumática (3 casos), lúpica (2 casos), pós-operatória (2 casos), reumática (2 casos) plástica (1 caso), da síndrome de Dressler (1 caso e da esclerose sistêmica progressiva (1 caso).

A pericardiopatia aguda não complicada, portanto, de evolução benigna, predominou francamente com um total de 55 casos (73,3%). Outros 13 (17,3%) assumiram também a forma aguda, porém, complicados com tamponamento e/ou constrição ou derrame pericárdico recidivo. Em apenas 7 casos (9,4%), a doença apresentou-se sob forma crônica em 5 deles com constrição (6,7%) e, em 2, derrame pericárdico assintomático (2,7%) (tab. I).

Nos casos agudos não complicados, predominaram as causas inespecífica e urêmica.

Tabela I - Número de casos conforme a causa e a forma clínica da pericardiopatia.

Causa	Forma clínica	Aguda não complicada	Aguda com derrame recidivante	Aguda com tamponamento	Aguda com constrição	Crônica constrictiva	Derrame pericárdico crônico	Total
Inespecífica		17	1	2	4	5	-	29
Urêmica		13	-	3	-	-	-	16
Tuberculosa,		1	-	-	1	-	1	3
S. pós-peric.		6	-	-	-	-	-	6
Fase ag. enf.		6	-	-	-	-	-	6
Bacteriana		3	-	-	-	-	-	3
Traumática		3	-	-	-	-	-	3
Ag. pós-op.		2	-	-	-	-	-	2
Reumática		1	-	1	-	-	-	2
Lúpica		2	-	-	-	-	-	2
S. Dressler		1	-	-	-	-	-	1
Esclerose sist.		-	-	-	-	-	1	1
Neoplástica		-	-	1	-	-	-	1
Total		55	1	7	5	5	2	75

Nos 7 pacientes da forma aguda inespecífica que apresentaram complicações, foi feita pericardiectomia em 4. Desses, 3 tinham sinais de constrição pericárdica e 1 vinha apresentando tamponamento recidivante. Todos os 4 tiveram resultado favorável no pós-operatório imediato.

Nos 3 pacientes restantes, não submetidos à pericardiectomia, em um persistiram sinais de constrição, em outro persistiu o derrame, juntamente com sinais de doença ativa, apesar do uso de tuberculostáticos e corticosteróides. No 3.º, a evolução foi favorável.

A causa tuberculosa compareceu com 3 casos (4% do total), confirmados pelo achado do *Micobacterium tuberculosis* no líquido pericárdico e/ou por aspectos histopatológicos compatíveis (granuloma com cáseo) em material de biópsia pericárdica.

O primeiro apresentou-se sob forma aguda com derrame. Foi medicado com esquema tríplice e sofreu pericardiectomia, tendo evolução favorável, a curto prazo.

O segundo, também da forma aguda, apresentou com sinais de tamponamento. Feita pericardiocentese evacuadora, persistiram sinais de constrição. Procedeu-se, então, à pericardiectomia. No entanto,

o paciente faleceu, em síndrome de baixo débito. As paredes ventriculares apresentavam-se de espessura reduzida.

O terceiro paciente apresentava volumoso derrame pericárdico assintomático, como achado radiológico ocasional. Foi feita, inicialmente, pericardiocentese, com retirada parcial do líquido e injeção de ar, que evidenciou, de um lado, pericárdio parietal não espessado e, de outro, coração de tamanho normal. Seguiram-se drenagem pericárdica por “janela” subxifoidiana e tratamento com tuberculostáticos associado a corticosteróides. A evolução, a curto prazo, foi favorável.

Um caso de pericardite reumática (dos 2 da série) exibiu tamponamento. Feita pericardiocentese, o derrame não mais se repetiu.

De 16 casos de pericardite urêmica, 3 (18,7%) apresentaram tamponamento cardíaco. Nos 3, foi feita pericardiocentese, com resultado favorável e 50 recidiva do derrame, a curto prazo.

Um último caso de tamponamento foi conseqüente a derrame pericárdico em paciente comum com leucemia linfoblástica, que faleceu.

Um paciente, com esclerose sistêmica progressiva, apresentava derrame pericárdico crônico.

Os pacientes com doença pericárdica das demais (síndrome pós-pericardiotomia, da fase aguda do infarto do miocárdio, bacteriana, traumática, agudo pós-operatória, síndrome de Dressler e lúpica) evoluíram agudamente e sem complicações, com cura clínica.

Cinco pacientes apresentaram-se sob a forma crônica constrictiva, em 3 com componente efusivo. Pericardiectomia foi realizada em 4, com evolução pós-operatória favorável, a curto prazo em 3 (em um deles, no qual persistiram os sinais de constrição, foi necessária uma segunda intervenção cirúrgica, para ampliar a decorticação). O quarto paciente que sofreu pericardiectomia continuava com dor e atrito pericárdico, 2 meses após o tratamento desse paciente foi complementado com tuberculostáticos e corticosteróides.

Em um 5.º paciente, fez-se apenas drenagem pericárdica com pericardiectomia mínima por via subxifoidiana (“janela”), complementando-se o tratamento com tuberculostáticos. A evolução foi favorável, a curto prazo.

COMENTÁRIOS

Duas causas de pericardiopatia merecem consideração especial: a inespecífica e a tuberculosa.

A pericardiopatia inespecífica predominou largamente (38,7% do total), o que coincide com os achados de Sodeman e Smith ^{apud}1. Provavelmente, ela representa um grupo heterogêneo: vírus e um estado de hipersensibilidade ou de auto-imunidade comparecem freqüentemente ². Em 5 casos, havia antecedentes de infecção de vias aéreas superiores, que surgira alguns dias antes. Um paciente apresentou, simultaneamente, hepatite aguda. Amígdalite prévia foi relatada em um caso e infecção brônquica simultânea em outro. Um paciente era portador de miocardiopatia congestiva dilatada e, em outro, havia aspecto histológico compatível com granulomatose de Wegener, em biopsia de gânglio pulmonar.

A constrição pericárdica de causa idiopática ocorreu em um número elevado de casos: 9 de 29, ou seja, em 31%, cifra bem superior à relatada na literatura. Assim Connolly e Burchell ², em 1961, mencionaram-na em apenas 4 de 209 casos (15%), enquanto Spodick a considera rara ³. Já Darsee e Braunwald ⁴, em 1980, mencionam cifras de 5 a 10%.

Além de constrição, a pericardiopatia aguda inespecífica pode evoluir com tamponamento cardíaco ⁴, o que aconteceu em 2 de nossos casos e, em um deles, de forma recorrente.

O derrame recidivo, na pericardite inespecífica, é considerado eventualidade relativamente freqüente pelos diversos autores. Assim, Connolly e Burchell ² encontram-se em 13,3% do casos de evolução aguda. Em nosso material, ele foi observado em 1 paciente de 29 (3,4%).

A freqüência da causa tuberculosa de pericardiopatia, situa-se em torno de 7%, segundo dados da

literatura ^{apud}1, embora, em material de necropsia, ela seja maior, da ordem de 10% ⁵.

A proporção relativamente baixa (4%) em nosso material deve-se, seguramente, ao critério rígido adotado para o diagnóstico da doença: achado do *Micobacterium tuberculosis* nas lesões e/ou aspectos histopatológicos compatíveis. Aliás, Connolly e Burchell ², considerando tão-somente os casos de causa comprovada, encontraram freqüência de 2,5%.

Sem dúvida, a adoção dos critérios de Darsee e Braunwald ⁴ e Spodick ³, para o diagnóstico presuntivo de tuberculose pericárdica, acrescentaria mais 5 casos dessa causa, em nossa série.

Tais critérios são: PPD positivo, perda de peso, inapetência e sudorese noturna, volumoso derrame pericárdico, sobretudo quando hemorrágico e recidivo, resposta favorável aos tuberculostáticos, presença de lesões tuberculosas em outra localização e exclusão de outras causas.

O uso de tuberculostáticos será feito, inclusive nos casos com diagnóstico presuntivo da doença e consistirá de isoniazida (300 a 400 mg por dia) associada ao etambutol (15 mg por Kg de peso e por dia) e à estreptomicina (1,0 g ao dia).

A estreptomicina será empregada, até que a atividade da doença, seja jugulada ou por prazo mínimo de 1 mês ⁴.

Embora alguns autores tenham preconizado o uso concomitante de corticosteróides, em todos os casos de pericardite tuberculosas, a maioria prefere limitar seu emprego aos casos que apresentam sinais persistentes de compressão ou derrame recidivo ⁴. A pericardiectomia deve ser indicada, em princípio, nos casos que exibem constrição, apesar da terapêutica medicamentosa. No entanto, ela constitui uma arma que deve ser usada mesmo precocemente, durante a fase ativa da doença, pela possibilidade de severo comprometimento anátomo-funcional do miocárdio ⁴.

Digna de menção, foi a freqüência de 2,7% da causa reumática, em nosso material. Em 1953, Reeves ^{apud}1 mencionou cifra de 40,6% em 1958, Sodeman e Smith ^{apud}1 encontraram-na em 11% dos casos de doença pericárdica.

Seguramente, a diminuição sobejamente documentada na freqüência e na gravidade da doença reumática, nas últimas décadas ⁶, explica essas diferenças.

Muito se tem discutido sobre a conduta ideal no derrame pericárdico urêmico ⁷⁻¹⁰.

A pericardiocentese evacuadora, levada a efeito nos 3 casos de tamponamento agudo por uremia da presente série foi bem-sucedida, não havendo recidiva a curto prazo.

Com relação à pericardiectomia, como opção terapêutica, nas pericardiopatias, ela tem sido indicada cada vez mais precocemente ^{11,12}. Mesmo nos casos agudos, tem sido realizada, quando sintomas persistem por prazo mais longo do que o habitual. Esses correspondem, freqüentemente, à forma efusivo-cons-

tritativa da doença. Já mencionamos, anteriormente, o problema da deterioração miocárdica, que pode surgir em época precoce da evolução. Essa última eventualidade ocorreu em 1 dos 10 pacientes de nossa série, submetidos à pericardiectomia. O mesmo era portador da forma efusivo-constritiva da doença e, apesar de operado ainda na fase aguda, foi a óbito no pós-operatório imediato, por síndrome de baixo débito. O seu miocárdio ventricular apresentava-se hipotrófico, de paredes finas.

SUMMARY

A multicentric and retrospective study was conducted on 75 patients, seen at hospitals with pericardial diseases. The disease was most frequent in the twenty and forty year old males. The incidence was similar in both sexes after the age of forty. The etiology was unknown in 35% of the acute cases and in all cases with the chronic constrictive form. From the acute idiopathic cases, 17% developed serious or constrictive manifestations requiring pericardiectomy, and 8% complicated after cardiac tamponade. Tuberculosis of the pericardium was diagnosed in three cases (4% of the total), through bacterioscopy of the pericardial fluid and/or compatible histopathological features. If the presumptive diagnostic criterion is adopted, as is suggested in the literature, the number of cases would be 8 (10.6%), a number similar to those encountered at necropsy (11%). Antituberculous drugs were used in all cases (proved and presumptive). Nevertheless,

the use of these drugs in all cases of complicated evolution and where other etiologic agents not found is not totally justified. Pericardiectomy was performed 11 times in ten patients. In one case constriction persisted due to incomplete pericardium resection; in another patient the active disease persisted; a third patient died due to myocardial insufficiency.

REFERÊNCIAS

1. Friedberg, C. M. - Diseases of the Heart. 3rd ed. Philadelphia WB Saunders, 1966. p. 933.
2. Connolly, D. C.; Burchell, H. B. - Pericarditis: a ten year survey. *Am. J. Cardiol.* 7: 7, 1961.
3. Spodick, D. H. - Tuberculous pericarditis. *Arch. Intern. Med.* 98: 737, 1956.
4. Darsee, J. R.; Braunwald, E. - Diseases of pericardium. Braunwald, E. - Heart Disease. Philadelphia, WB. Saunders, 1980. p. 1526.
5. Rooney, J. J.; Crocco, J. A.; Lyons, H. A. - Tuberculous pericarditis. *Ann. Intern. Med.* 72: 73, 1970
6. Décourt, L. V. - Doença Reumática. São Paulo, Sarvier, 1969.
7. Jahn, H.; Kieny, R. - Management of pericardial heart disease in uremia: tap, drainage, fenestration or pericardiectomy *Contr. Nephrol.* 33: 197, 1982.
8. Koopot, R. et al. - Cardiac tamponade in uremic pericarditis Surgical approach and management. *Am. J. Cardiol.* 32: 84 1973.
9. Wolfe, S. A.; Bailey, G. F.; Collins, J. J. - Constrictive pericarditis following uremic effusion. *J. Thor. Cardiovasc. Surg.* 63: 540, 1971.
10. Wray, T. M. et al. - Pericardiectomy for treatment of uremic pericarditis. *Circulation.* 49, 50 (Suppl. II): 268, 1974.
11. Mullen, D. C. et al. - Pericardiectomy in non tuberculosis pericarditis. *J. Thor. Cardiovasc. Surg.* 58: 517, 1969.
12. Dean, R. H. et al. - Experience with pericardiectomy *Am Thorac. Surg.* 15: 378, 1973.