

PERICARDITE TUBERCULOSA. DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS E VALOR DA BIOPSIA PERICÁRDICA

CAIO DE BRITO VIANNA, ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, CHARLES MADY,
GIOVANNI BELLOTTI, BARBARA MARIA IANNI, BERNADINO TRANCHESI JÚNIOR,
EDGAR AUGUSTO LOPES, FULVIO PILEGGI

Foram estudados dez pacientes com pericardite e história clínica sugestiva de tuberculose. Pelos métodos habituais de pesquisa, em apenas dois pacientes, pôde-se comprovar tuberculose (ambos por identificação de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no escarro e biopsia de gânglio periférico). Em oito casos, nenhuma causa foi demonstrada. Nesses oito pacientes, foi realizada biopsia pericárdica por via subxifóide, a qual mostrou pericardite tuberculosa em quatro. O teste PPD-tuberculina não teve valor no diagnóstico, pois dos seis casos com tuberculose comprovada, dois tinham resultado negativo. Pelo exame radiológico dos pulmões, em apenas dois casos, houve suspeita de tuberculose, nos mesmos em que se isolou BAAR no escarro.

Os exames histopatológicos, realizados em 8 casos, revelaram pericardite tuberculosa em 4, e pericardite inespecífica, em 4. Nos casos em que a biopsia não demonstrou granulomas, não se pode excluir de todo tuberculose. Apesar da importante contribuição da biopsia do pericárdio, a pericardite tuberculosa é ainda uma doença de difícil comprovação laboratorial.

Antes do surgimento da quimioterapia antituberculosa, a letalidade na pericardite tuberculosa era superior a 80% e os sobreviventes, invariavelmente, acabavam apresentando pericardite constrictiva ou tuberculose miliar¹⁻⁷. Embora o tratamento da tuberculose tivesse diminuído aquele índice para menos da metade^{2,4,6-10}, persiste o juízo quanto à gravidade da doença e à importância do diagnóstico precoce e do tratamento.

São escassas as publicações que abordam essa doença¹⁻¹⁴, uma vez que, na atualidade, a tuberculose tem alta incidência apenas nos países de menor desenvolvimento socioeconômico. Em nosso meio, a incidência da doença pericárdica por tuberculose é certamente subestimada. O diagnóstico da pericardiopatia pode ser feito com relativa facilidade mas a comprovação da causa tuberculosa (identificação dos bacilos de Koch) é habitualmente difícil nesta forma de tuberculose, constatação bem reconhecida. Pela literatura^{2,5,12,15}, mas pouco lembrada na prática médica.

Neste artigo, apresentamos a experiência com a biopsia do pericárdio na caracterização etiopatogênica de casos com suspeita clínica e laboratorial de pericardite tuberculosa, bem como discutimos as dificuldades diagnósticas dessa entidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados dez pacientes, nove do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades variando de 22 a 63 (média 39,5 anos), todos com pericardiopatia e suspeita clínica de tuberculose

Três pacientes tinham o hábito de etilismo. O início dos sintomas em relação à data da admissão variou de três semanas a seis meses (média dois meses). Todos os pacientes apresentavam febre e comprometimento importante do estado geral. Os principais sintomas estão resumidos na tabela I. Taquicardia, estase jugular, hepatomegalia, e adenopatia periférica foram os sinais mais comuns. Atrito pericárdico foi notado em quatro casos e dois pacientes apresentavam sinais de tamponamento cardíaco. A semiologia pulmonar foi variável, proporcional aos achados radiológicos do tórax, descritos na tabela I. Em apenas dois casos, as radiografias de tórax foram sugestivas de tuberculose, mostrando adenopatia hilar, infiltrado pulmonar, derrame e espessamento pleurais (casos 6 e 10). O eletrocardiograma evidenciou alterações difusas da repolarização ventricular sem modificação no segmento S-T (tab. I). O ecocardiograma mostrou derrame pericárdico em todos e espessamento pericárdico em seis casos (tab. I).

TABELA I – Principais sintomas e exames complementares relativos à pericardiopatia.

Sintomas:		
Febre		100%
Emagrecimento		80%
Dispnéia		70%
Tosse		50%
Dor torácica		30%
Artralgia		10%
Eletrcardiograma:		
Alterações da repolarização ventricular		100%
Complexos de baixa voltagem		20%
Ecocardiograma:		
Derrame pericárdico		100%
Espessamento pericárdico		60%
Radiografia de tórax:		
Cardiomegalia		90%
Espessamento pleural		60%
Derrame pleural à direita		40%
Derrame pleural à esquerda		10%
Derrame, pleural bilateral		10%
Condensação pulmonar		20%
Adenomegalia hilar		20%

As provas laboratoriais de atividade inflamatória (mucoproteínas, velocidade de hemossedimentação, eletroforese de proteínas e proteína C-reativa) foram significativamente alteradas em todos e o teste PPD-tuberculina (2 UT) foi positivo (nódulo ≥ 10 mm) em seis casas (tab. II). A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no escarro (tab. II) foi positiva em dois casos (n.º 6 e 10). A pesquisa de BAAR na urina foi negativa em todos. As análises realizadas em amostras do líquido pericárdico (2 casos) e do líquido pleural (3 casos), obtidas por punção, resultaram negativas para tuberculose. Biopsia pleural transcutânea foi realizada em três casos, todos com resultado de pleurite crônica inespecífica (tab. II). Biopsia de gânglio periférico foi realizada em três pacientes e os resultados histopatológicos foram: adenite granulomatosa em dois casos (n.º 6 e 10) com caseificação em ambos e presença de BAAR em um; adenite crônica inespecífica em um caso (tab. II).

TABELA II - Principais dados de exames complementares para pesquisa de tuberculose.

Caso n.º	Pesquisa de BAAR no escarro	Biopsia de gânglio periférico (adenite)	Biopsia pleural (pleurite)	PPD-tuberculina	Biopsia pericárdica (pericardite)
1	negativa	-	-	5 min	fibrinosa em organização
2	negativa	-	-	10 min	crônica inespecífica
3	negativa	-	crônica, inespecífica	negativo	fibrinosa em organização
4	negativa	-	-	negativo	tuberculosa
5	negativa	-	-	15 min	tuberculosa
6	negativa	tuberculosa	crônica inespecífica	10 min	-
7	negativa	crônica inespecífica	crônica inespecífica	20 min	tuberculosa
8	negativa	-	-	10 min	tuberculosa
9	negativa	-	-	20 min	crônica inespecífica
10	positiva	tuberculosa	-	negativo	-

Portanto, com métodos habituais de investigação, em apenas dois casos pôde-se comprovar a presença de tuberculose. Os oito pacientes em que nenhum agente etiológico foi demonstrado foram submetidos à biopsia pericárdica, sob anestesia geral. A via de acesso foi a subxifóide, através de incisão abdominal longitudinal mediana de cerca de 9 cm. Os cortes teciduais foram corados pela hematoxilina-eosina e pelas técnicas de Ziehl-Neelsen, Grocott e BrownBreen.

RESULTADOS

Os resultados histopatológicos do material pericárdico estão resumidos na tabela II. Em quatro casos (50%), os exames histopatológicos revelaram pericardite tuberculosa e, em quatro, pericardite inespecífica. Nos quatro casos de pericardite tuberculosa, evidenciaram-se granulomas caseosos e BAAR (coloração de Ziehl-Neelsen) em três e apenas granulomas caseosos, em um. Nesse último caso, o diagnóstico histopatológico foi de pericardite granulomatosa, uma vez que tuberculose não pôde ser confirmada pela presença de BAAR. Em termos práticos, o diagnóstico de pericardite tuberculosa foi feito em virtude da presença evidente de caseificação e melhora

clínica importante após terapêutica específica.

Assim, nos dez pacientes, conseguimos comprovar a presença de tuberculose em seis casos. Em quatro deles, essa comprovação só pôde ser feita após a realização de biopsia do pericárdio.

COMENTÁRIOS

A pericardite tuberculosa usualmente manifesta-se por sintomas inespecíficos como febre, malestar geral, anorexia, perda de peso, artralgia, fadiga, tosse seca e dispnéia. Dores torácicas severas são incomuns. O início dos sintomas é insidioso e a evolução, lenta. O eletrcardiograma excepcionalmente evidencia elevação do segmento ST^{4,8,12}. A apresentação clínica, portanto, habitualmente não é aguda. Os doentes, geralmente, procuram cuidados médicos após semanas ou meses de sintomas e, muitas vezes, as pesquisas iniciam-se como nos casos de febre de origem obscura. Assim, tuberculose deve ser insistentemente investigada nos pacientes com pericardiopatia e doença febril, geralmente crônica, e comprometimento importante do estado geral.

O diagnóstico da pericardiopatia pode ser feito com relativa facilidade, mas a comprovação da etiologia tuberculosa, que requer a identificação de BAAR,

é difícil nesta condição, constatação pouco lembrada na prática médica BAAR, raramente, podem ser identificados fora do pericárdio^{2,12,15}, ou seja, no escarro, na urina, no líquido pleural, no suco gástrico. A minoria dos pacientes apresenta efusões pericárdicas volumosas que permitam punção e isolamento de BAAR por cultura ou inoculação em animais, o que é positivo em cerca de 40% dos casos e requer longo período de observação, pelo menos por oito semanas^{2,3,8,15}. Reações PPD-tuberculina negativas não excluem tuberculose^{2,3,15}, mesmo perante a positividade de outras provas de imunidade tardia¹⁶⁻¹⁸. As radiografias de tórax, geralmente, não são sugestivas de tuberculose pulmonar^{4,8,11,15}.

No presente trabalho, foram estudados dez pacientes portadores de pericardiopatia e história clínica sugestiva de tuberculose. Nesses pacientes, os métodos habituais de investigação de tuberculose foram capazes de comprovar a doença em apenas dois casos. Esses pacientes foram os únicos que apresentavam radiografias de tórax sugestivas de tuberculose e, em ambos, reconheceu-se BAAR do escarro e as biópsias de gânglios periféricos demonstraram adenite granulomatosa. Nos oito pacientes restantes, nenhum agente etiológico pôde ser demonstrado. Esses pacientes foram submetidos a biópsia do pericárdio, o que permitiu comprovar tuberculose em quatro (50%) dos oito casos. Portanto, dos dez casos, demonstrou-se tuberculose em seis, dos quais, em quatro, a comprovação só pôde ser feita através de biópsia do pericárdio. O teste PPD-tuberculina praticamente não teve valor diagnóstico, pois, dos seis casos comprovados de tuberculose, dois tinham PPD negativos.

Há poucas referências na literatura a respeito do valor da biópsia do pericárdio^{10,13,14}. Esse procedimento pode ser utilizado para esclarecer a causa de pericardiopatias granulomatosas (tuberculose, histoplasmose, criptococose, nocardiose, sarcoidose, etc), neoplásticas e bacterianas. Utilizamos a biópsia pericárdica quando há suspeita clínica dessas causas e não conseguimos comprová-las pelos métodos habituais de pesquisa.

Apesar de requerer anestesia geral não há relato de complicações fatais na literatura^{10,13,14}. Utilizando-se a via subxifóide, evita-se que a pleura parietal seja aberta, minimizando riscos e preservando aspectos estéticos. Nessa série de pacientes, a biópsia do pericárdio foi o método mais eficaz para comprovar a tuberculose.

Dois questões parecem-nos importantes para a discussão: como interpretar os exames histopatológicos que evidenciaram pericardites inespecíficas e como conduzir a terapêutica nesses casos. Nas biópsias pericárdicas em que não se demonstraram granulomas, a causa tuberculosa não pôde ser de todo afastada, uma vez que a precisa sensibilidade do método é desconhecida^{10,13,14}. Por outra, é nossa opinião que a decisão de recorrer à terapêutica antituberculosa dependerá basicamente dos

dados clínicos. Nos quatro casos dessa série que apresentaram essa situação, foram administrados agentes anti-inflamatórios não hormonais. Em dois desses casos, com má evolução (casos 3 e 9), foi utilizado esquema tríplice, mesmo sem comprovação etiológica, e ambos obtiveram melhora clínica importante.

Apesar do valioso auxílio fornecido pela biópsia pericárdica, a tuberculose do pericárdio continua sendo uma doença de difícil confirmação etiológica, na qual os dados clínicos são ainda fundamentais para o diagnóstico e para as decisões terapêuticas.

SUMMARY

Ten patients with pericarditis and suggestive histories of tuberculosis are reported. Only two patients had the diagnosis of tuberculosis proven with the usual methods of investigation (both of them with identification of the bacillus in the sputum and biopsy of the lymph nodes). Pericardial biopsy was performed in eight cases in which no etiologic causes were detected, and tuberculous pericarditis was confirmed in four cases.

The PPD-tuberculin skin test had little value to the diagnosis, since in six cases with proven tuberculosis, two had negative PPD test. The same occurred with the pulmonary roentgenographic examination, that were suggestive of tuberculosis in only two patients (the two cases with mycobacterium identified in the sputum).

In our experience, pericardial biopsy was the most effective method to diagnose tuberculous pericarditis. Nevertheless, in the cases that the biopsy did not demonstrate granulomas, tuberculosis may not be entirely excluded, since the precise sensibility of this method has not been determined. Despite the important contribution of the pericardial biopsy, tuberculous pericarditis is still a disease of difficult laboratorial diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Wood, J. A. - Tuberculous pericarditis. A study of 41 cases with special reference to prognosis. *Am. Heart. J.* 42: 737, 1951.
2. Orbals, D. W., Avioli, L. V. - Tuberculous pericarditis *Arch. Intern. Med.* 139: 231 1979.
3. Larrieu, A. J.; Tyres, G. F.; Williams, E H; Derrick, J. R. - Recent experience with tuberculous pericarditis *Am. Thorac. Surg.* 29: 464, 1980.
4. Hageman, J H. D'Esopo, N. D.; Glenn, W. W. L - Tuberculosis of the pericardium. A long-term analysis of forty-four proved cases. *N. Engl. J. Med.* 270: 327, 1964.
5. Harvey, A. M.; Whitwhill, M R. - Tuberculous pericarditis-*Medicine*, 16: 45, 1937.
6. Myers, T. M; Hamburger, M. - Tuberculous pericarditis treatment with streptomycin and some observations on natural history of disease. *Am. J- Med.* 12: 302, 1952.
7. Shapiro, J. B.; Weiss, M. - Tuberculous pericarditis with effusion: impact t of antimicrobial therapy. *Am. J. M. Sci.* 255: 229, 1953.
8. Rooney, J. J.; Crocco, J. A.; Lyons, H A. - Tuberculous pericarditis *Ann. Intern. Med.* 72: 73, 1970.
9. Schepers, G. W. H. - Tuberculous pericarditis- *Am. J. Cardiol.* 9: 248, 1962.

10. Schwartz, M. J.; Nay, H. R; Fitzpatrick, H. F. - Pericardial biopsy. Arch. Intern. Med. 112,917, 1963.
11. Fowler, N. O. Manitsas, G T - Infecçiosas pericarditis. Prog. Cardiovasc. Dis. 16: 323, 1973.
12. Desai, H N. - Tuberculous pericarditis. A review of 100 cases. S. Afr. Med. J. 55: 877, 1979.
13. Cheitlin, M. D.; Serfas, L. J.; Sbar, S S.; Glasser, S. P. - Tuberculous pericarditis. Is limited pericardial biopsy sufficient for diagnosis? Am. Rev. Resp. Dis 98: 287, 1968.
14. Barr, J. F. - The use of pericardial biopsy in establishing etiologic diagnosis in acute pericarditis Arch. Intern. Med. 96: 693, 1955.
15. Lorell, B. H.; Braunwald, E. - Pericardial disease. In: Braunwald, E. - Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Saunders, 1984. p. 1470.
16. Nash, D. R.; Douglass, J. E. - Anergy in active pulmonary tuberculosis Chest, 77: 1, 1980.
17. McMurray, D. N.; Echeverri, A. - Cell-mediated immunity in allergic patients with pulmonary tuberculosis- Am Rev Resp Dis 118: 827, 1978.
18. Bhatnagar, R.; Malaviya, A. N.: Narayaman, S. - Spectrum of immune response abnormalities in different clinical forms of tuberculosis. Am. Rev. Res. Dis. 115: 207, 1977.