



Derrame pericárdico

Edson Marchiori¹, Bruno Hochhegger², Gláucia Zanetti¹

Mulher, 36 anos, há dois meses com queixas de tosse seca, dor retrosternal, episódios de febre baixa e dispnéia a grandes esforços. A ecocardiografia mostrou derrame pericárdico (DP) moderado, com espessamento de folheto. A TC do tórax evidenciou DP, além de pequenos nódulos no lobo superior esquerdo, configurando o padrão de árvore em brotamento (Figura 1).

DP é o acúmulo agudo ou crônico de líquido no saco pericárdico. Em um indivíduo saudável, o saco pericárdico contém entre 15 e 50 mL de líquido seroso. O pericárdio tem elasticidade limitada e, em situações agudas, apenas 150-200 mL de líquido são necessários para causar tamponamento cardíaco. Em situações crônicas, o DP pode atingir 1-2 L antes de causar tamponamento cardíaco, desde que o acúmulo seja gradual e o pericárdio parietal tenha tempo adequado para se esticar e acomodar o volume aumentado.^(1,2)

A TC pode ser útil não só na identificação do DP não suspeitado, como também fornecendo informações importantes sobre anormalidades mediastinais ou pulmonares que sirvam para orientar o diagnóstico etiológico. A ecocardiografia transtorácica é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico, quantificação do volume e para guiar a pericardiocentese.

O DP pode ser classificado, conforme a sua etiologia, em infeccioso, inflamatório, neoplásico, traumático, cardíaco, vascular, idiopático e por outras causas. O DP infeccioso pode ser de etiologia viral, bacteriana, fúngica ou parasitária.⁽¹⁾

Os DP *per se* são assintomáticos, a menos que causem tamponamento cardíaco. O DP tuberculoso geralmente se desenvolve insidiosamente, apresentando sintomas sistêmicos inespecíficos, como febre, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. Dor torácica, tosse e dispnéia são comuns.

Foi realizada a pericardiocentese na paciente. A amostra do líquido pericárdico foi negativa para BAAR, porém a dosagem da adenosina desaminase (ADA) foi de 70 U/L. O tratamento para tuberculose foi iniciado, baseado no quadro clínico, no aspecto tomográfico da lesão pulmonar e no valor elevado de ADA no líquido pericárdico. A paciente respondeu bem ao tratamento para tuberculose.

O diagnóstico definitivo de pericardite tuberculosa é baseado na demonstração de bacilos da tuberculose (pesquisa direta ou cultura) no líquido pericárdico ou em biópsia do pericárdio. O diagnóstico provável é feito quando a pericardite está associada à evidência de tuberculose em outro lugar, em presença de líquido pericárdico com níveis elevados de ADA ou na vigência de resposta apropriada à quimioterapia antituberculosa.^(1,2)

Na suspeita de pericardite tuberculosa, a dosagem de ADA deve ser obrigatória, pois a espera pela cultura do líquido pericárdico, que nem sempre é positiva, pode atrasar significativamente o diagnóstico. O diagnóstico precoce e a instituição de terapia adequada são fundamentais para prevenir a mortalidade.

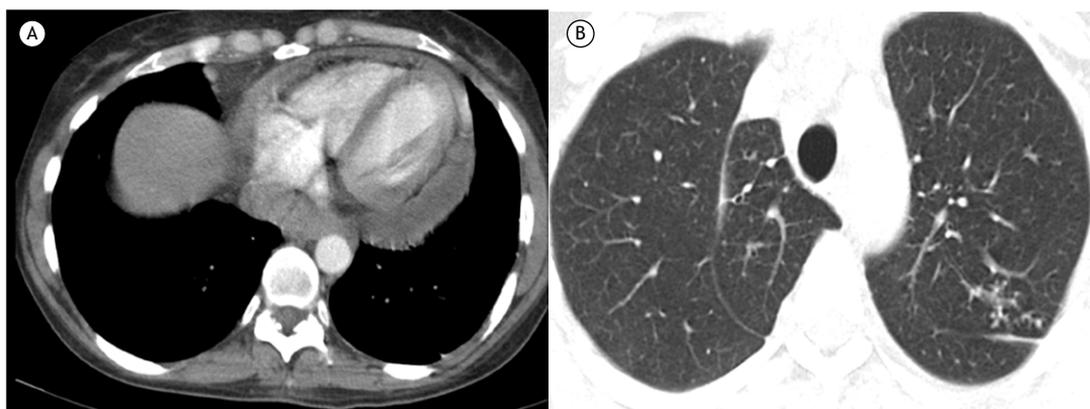


Figura 1. Em A, TC com corte axial e janela para mediastino mostrando coleção com densidade líquida envolvendo o coração (derrame pericárdico). Em B, corte axial com janela para parênquima pulmonar mostrando opacidades nodulares no lobo superior do pulmão esquerdo, configurando padrão de árvore em brotamento.

REFERÊNCIAS

1. Azarbal A, LeWinter MM. Pericardial Effusion. *Cardiol Clin.* 2017;35(4):515-524. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2017.07.005>
2. Syed FF, Mayosi BM. A modern approach to tuberculous pericarditis. *Prog Cardiovasc Dis.* 2007;50(3):218-236. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2007.03.002>

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.
2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.