

Pericardite tuberculosa em portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida*

RUGGERO BERNARDO GUIDUGLI¹, PAUL ALBERT HAMRICK², NANCY FIGUEIROA DE REZENDE²

Dois pacientes portadores do vírus HIV deram entrada no serviço de emergência bastante dispnéicos, exibindo sinais clínicos e de imagens sugestivos de derrame pericárdico. Realizada inicialmente a punção do líquido, sua análise não mostrou especificidade e os doentes não apresentavam evidência de melhora clínica. Foram, então, submetidos a uma janela pericárdica subxifóidea, foi drenado todo o líquido de efusão e realizada a biópsia do tecido pericárdico, o que revelou processo granulomatoso. Logo após o início do tratamento específico, os pacientes apresentaram boa evolução. Tais achados chamaram a atenção para a etiologia tuberculosa como causa de sufusão pericárdica em portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida. Essa associação pode ser mais importante no Brasil, onde existe alta prevalência de tuberculose. Os resultados mostraram também que a realização de uma janela pericárdica subxifóidea permitiu boa drenagem do fluido e, junto com a ministração do esquema triplice, possibilitou a boa evolução dos pacientes. (*J Pneumol* 2003;29(2):98-100)

Tuberculosis pericarditis in patients with AIDS

Two quite dyspneic HIV positive patients were admitted to the Emergency Room; they presented with aspects and images suggesting pericardial effusion. The analysis of an initial liquid puncture did not show any specificity and the patients did not register any clinical improvement. Both patients were submitted to a subxiphoid pericardial window, all the effusion liquid was drained, and a biopsy of the pericardium tissue was completed revealing a granulomatous process. Good evolution was the result of specific treatment. Such findings draw attention to a high possibility of pericardial suffusion in AIDS patients being tuberculosis, in particular if one considers the high prevalence of this disease in Brazil. The results also showed that the opening of a subxiphoid pericardial window and the specific triple scheme is a procedure that leads to good therapeutic evolution in this kind of patients.

Descritores – Pericardite. AIDS. Tuberculose. Janela pericárdica.
Key words – Pericarditis. AIDS. Tuberculosis. Pericardial window.

Siglas e abreviaturas utilizadas neste trabalho
AIDS – Síndrome de imunodeficiência adquirida
HIV – Human Immunodeficiency Virus
BK – Bacilo de Koch

INTRODUÇÃO

Na atualidade, grande número de efusões pericárdicas estão relacionadas às patologias da AIDS^(1,2) e, entre nós, a tuberculose, por sua elevada prevalência, sempre deverá ser lembrada como etiologia de pericardite em pacientes portadores do vírus HIV.

Entretanto, ocorrem dificuldades diagnósticas pela simples análise do líquido pericárdico obtido por punção, que

pode não apontar especificidade. Isso nos obrigará à realização de uma biópsia.

Essa situação ocorreu em dois de nossos pacientes. Seus relatos nos ajudarão a conduzir melhor essa associação.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Homem, 31 anos, portador do vírus HIV e em tratamento com drogas antivirais bem como trimetoprim e sulfametoxazol para pneumocistose. Deu entrada no serviço de emergência com intensa dispnéia.

Apresentava-se febril (T 37,6°C), taquicárdico (P 120bpm) e a radiografia simples de tórax mostrava aumento da área cardíaca com infiltração intersticial pulmo-

* Trabalho realizado no Hospital Ipiranga, São Paulo, SP.

1. Cirurgião do Serviço de Cirurgia de Tórax. Mestre em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.
2. Infectologista.

Endereço para correspondência – Ruggero Bernardo Guidugli, Amiamspe, Rua Borges Lagoa, 1.855 – 04038-034 – São Paulo, SP.

Recebido para publicação em 9/12/02. Aprovado, após revisão, em 12/2/03.



Figura 1 – Radiografia simples de tórax pósterio-anterior, do primeiro paciente, mostrando aumento da área cardíaca, sugerindo efusão pericárdica e infiltração pulmonar intersticial difusa

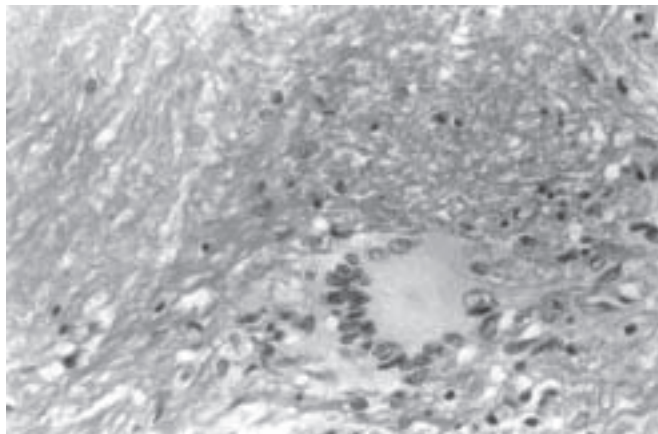


Figura 2 – Corte histológico corado pela hematoxilina-eosina, em maior aumento (250x) de tecido pericárdico do primeiro paciente. Áreas de necrose caseosa circundadas por células de Langhans e infiltração linfocitária.

nar difusa, que foi interpretada como pneumocistose e tratada com trimetoprim e sulfametoxazol (Figura 1).

Cogitou-se a hipótese de derrame pericárdico, confirmado por exame ecocardiográfico.

Tendo sido submetido a punção pericárdica, foram removidos aproximadamente 150ml de líquido amarelo-citrino, que revelou celularidade com 54% de linfócitos, 40% de neutrófilos, proteína 4,2g/l, glicose 18g/l. ADA, negativa. Foi encaminhada amostra para cultura de BK. Pela piora da dispnéia e do quadro clínico, optou-se pela realização de uma janela pericárdica subxifóidea e biópsia. Foi realizada sob anestesia geral e houve saída de aproximadamente 280ml de líquido, tendo sido deixado dreno de mediastino.

Houve rápida melhora da dispnéia e o resultado da biópsia revelou pericardite tuberculosa (Figura 2), permitindo a introdução do esquema tríplice e resultando em melhora significativa e rápida do estado geral.

A cultura de BK demorou 45 dias e também se revelou positiva.

O paciente foi seguido durante nove meses e não se constatou recidiva dos sintomas.

Caso 2

Homem, 45 anos, admitido no serviço de emergência com tosse e intensa falta de ar. Ao exame clínico se apresentava bastante dispnéico, taquicárdico e febril (T 37,9°C). A radiografia simples de tórax mostrava aumento da área cardíaca com múltiplas áreas de condensação pulmonar.

A tomografia computadorizada evidenciava zonas de condensação alveolar e infiltração intersticial retículo-nodular (Figura 3), que foram interpretadas como provável tuberculose, o que não foi confirmado pelo exame bacterioscópico.

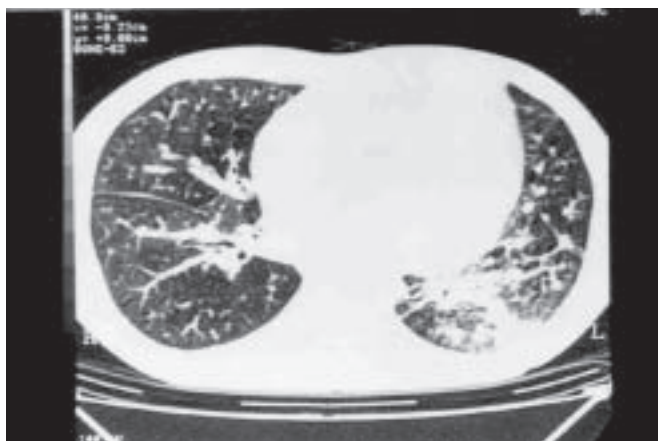


Figura 3 – Tomografia computadorizada do segundo paciente. Aumento da área cardíaca e infiltrado pulmonar intersticial difuso retículo-nodular e áreas de condensação alveolar.

A sorologia para vírus HIV foi positiva (teste Elisa e Western blot) e a suspeita de derrame pericárdico foi confirmada por exame ecocardiográfico.

O paciente foi submetido a uma punção pericárdica com saída de aproximadamente 120ml de líquido amarelo-citrino, cuja celularidade revelou 40% de neutrófilos, 60% de linfócitos, glicose 26g/l, proteínas 3,8g/l, ADA negativo e bacteriologia negativa.

Em virtude de exibir aumento progressivo da dispnéia, foi submetido a uma janela pericárdica subxifóidea sob anestesia geral, dando saída a 240ml de líquido amarelo-citrino. No pós-operatório houve melhora franca da dispnéia e o exame histopatológico da peça revelou também pericardite tuberculosa.

Após os primeiros dias do esquema tríplice, observou-se rápida melhora do estado geral, bem com do quadro

pulmonar. Seguido durante nove meses, não mostrou sinais de recidiva da doença.

DISCUSSÃO

Antes do surgimento da AIDS as efusões pericárdicas tinham como principal causa a uremia, as malignizações e as pericardites virais⁽¹⁾.

Na atualidade, nos grandes centros urbanos, as etiologias das pericardites estão relacionadas principalmente às patologias da AIDS⁽²⁾. Nos países africanos a tuberculose é responsável por 100% dos casos de pericardite em indivíduos portadores da síndrome^(3,4).

No Brasil, acreditamos que as pericardites tuberculosas ocupem espaço importante entre as efusões pericárdicas do vírus HIV. Contudo, em virtude da possibilidade da associação com múltiplos agentes oportunistas que também podem causar derrame pericárdico e da pouca especificidade nos resultados da análise do líquido, persiste certa dificuldade em consubstanciar o diagnóstico.

O derrame pericárdico pode ser o primeiro sinal de tuberculose localizada ou disseminada e, normalmente, resulta no comprometimento do saco pericárdico por linfonodos do mediastino contaminados pela micobactéria^(5,6).

O líquido pericárdico, normalmente, é um exsudato de aspecto amarelo-citrino com aumento do número de linfócitos e glicose baixa. Sua cultura nem sempre resulta positiva para o bacilo. Se não for convenientemente esvaziado, resultará na formação de fibrina, septações e granulomas com aderência e espessamento de folhetos, evoluindo para pericardite crônica constritiva. Sabe-se que os corticóides trazem algum benefício, impossibilitando o reacúmulo do líquido, mas ainda não há dados referentes na literatura sobre a prevenção da pericardite constritiva⁽⁷⁾.

A completa e permanente drenagem do líquido de efusão seria a melhor maneira de evitar futura constrição das câmaras cardíacas⁽⁸⁾.

Torna-se, então, imprescindível a remoção do líquido de derrame e a realização de exame histopatológico do pericárdio para confirmação diagnóstica.

A janela pericárdica subxifóidea constitui procedimento cirúrgico de baixa morbidade, permite a total drenagem do líquido de efusão e a remoção de fragmento de tecido comprometido. Em precárias condições do paciente, pode ser até executada sob anestesia local⁽⁹⁻¹¹⁾.

Flum *et al.*⁽¹²⁾, numa revisão de 29 casos de AIDS com efusão pericárdica, submetidos a uma janela pericárdica

ou a uma toracotomia, concluem que a pericardite em pacientes com AIDS está relacionada a mau prognóstico. Tais procedimentos cirúrgicos não trariam benefícios aos pacientes devido às complicações pós-operatórias.

Nossos doentes apresentavam-se bastante dispnéicos e a janela pericárdica permitiu rápida melhora clínica. A execução da biópsia possibilitou o tratamento adequado, mostrando a boa evolução dos pacientes.

Acreditamos que, em nosso meio, nos portadores do vírus HIV que desenvolvam derrame pericárdico e apresentem inconclusivo o exame do líquido obtido por punção, exista grande possibilidade de tratar-se de tuberculose. Nesse caso, a realização de uma janela pericárdica subxifóidea constituiria conduta adequada.

Esse procedimento possibilitaria a realização de uma biópsia, configurando o diagnóstico e a total e permanente drenagem do líquido de efusão, prevenindo a pericardite constritiva.

REFERÊNCIAS

1. Chen Y, Brennessel D, Walters J, Johnson M, Rosner F, Raza M. Immunodeficiency virus associated pericardial effusions – Report of 40 cases and review of the literature. *Am Heart J* 1999;137:516-20.
2. Schiller M, Gordon AS, Eisenberg M. HIV associated pericardial effusions. *Chest* 1992;102:956-8.
3. Cegielski GJ, Ramiya K, Lallinger GJ, Mtulia IA, Mbaga IM. Pericardial disease and human immunodeficiency virus in Dar es Salaam, Tanzania. *Lancet* 1990;335:209-12.
4. Cegielski JP, Lwakatare J, Dukes CS, Lema LE, Lallinger GJ, Kitinya J, et al. Tuberculous pericarditis in Tanzania patients with HIV infection. *Tuber Lung Dis* 1994;775:429-34.
5. Lewis W. Aids: cardiac findings from 115 autopsies. *Prog Cardiovasc Dis* 1989;32:207-15.
6. Klatt EC, Meyer PR. Pathology of the heart in AIDS. *Arch Lab Pathol Med* 1988;112:114-6.
7. Strang H, Kalzaza HHS, Gibson DG. Controlled clinical trial of complete open surgical drainage and of prednisolone in treatment of tuberculous pericardial effusion in T. *Lancet* 1988;2:759-64.
8. Desai HN. Tuberculous pericarditis: a review of 100 cases. *S Afr Med J* 1979;5:877-80.
9. Millis SA, Jukian S, Hollyday RH, Visteu-Johansen J, Case LD, Huds-peth AS, et al. Subxiphoid pericardial window for pericardial effusion disease. *J Cardiovasc Surg* 1989;30:768-73.
10. Lennin BH, Aaron BL. The subxiphoid pericardial window. *Surg Gynecol Obstet* 1982;155:804-6.
11. Fontenelle LJ, Cuello L, Dooley BN. Subxiphoid pericardial window. A simple and safe method for diagnosing and treating acute and chronic pericardial effusions. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971;62:95-7.
12. Flum DR, Mc Ginin Jr GT, Tyras DH. The role of the “pericardial window” in AIDS. *Chest* 1995;107:1522-25.