36º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA
O olhar que prepara para o Futuro
CURITIBA | PR Expotrade Convention Center 8 A 12 DE OUTUBRO 2013

Trabalhos Científicos

Título: Pericardite Por Tuberculose Na Infância: Relato De Caso

Autores: FERNANDA NASCIMENTO FARO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); FERNANDA MARIA SILVEIRA SOUTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); ALYNE ANDRADE LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); LUANA DE ANDRADE GONCALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); IGOR NEVES SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); RIKA KAKUDA DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); MARCO ANTONIO VALADARES OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); JOSELINA LUZIA MENEZES OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE); ANTÔNIO CARLOS SOBRAL SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

Resumo: Introdução. A pericardite é uma rara manifestação de tuberculose na infância, sendo esta etiologia descrita em 4% dos casos. Sua incidência é maior em países subdesenvolvidos e sua apresentação clínica variável dificulta o diagnóstico e tratamento precoces. Relato de caso. Paciente do sexo feminino, 13 anos, admitida no Serviço de Urgência com queixa de febre, astenia e perda de peso há um mês. À admissão, hipocorada, febril, taquipneica, com crepitação bilateral à ausculta respiratória, ausculta cardíaca rítmica, com bulhas hipofonéticas, sem sopros, FC de 140 bpm e PA de 90x70 mmHg, estase jugular e hepatomegalia dolorosa. O eletrocardiograma apresentava taquicardia sinusal, baixa voltagem de QRS e alterações inespecíficas de repolarização ventricular. A radiografia de tórax revelou derrame pleural bilateral, infiltrado em base pulmonar direita e terço médio esquerdo e dimensões cardíacas aumentadas. O ecocardiograma transtorácico evidenciou fluxos sistólico e diastólico de VE preservados, derrame pericárdico importante com grande quantidade de fibrina e presença de colapso sistólico de AD (pré-tamponamento). Laboratorialmente, encontrava-se com anemia microcítica e hipocrômica, tempo de protrombina alargado, transaminases e GGT elevadas, PCR menor que 0,6 mg/dL, VHS 62 mm³ e LDH 755 U/L. Iniciada terapêutica antidiurética e realizada drenagem pericárdica e biópsia. Removido líquido amarelo citrino, cuja análise revelou amostra acelular, BAAR negativo, densidade 1032, pH 8,0, proteínas totais 5,7 g/dL, albumina 2,3 g/dL, glicose 7 mg/dL e LDH 3.920 U/L, sem crescimento microbiano em cultura. À biópsia, pericardite granulomatosa com necrose fibrinoide e caseosa e BAAR positivo, compatível com tuberculose caseosa. Iniciado tratamento com corticoide por via oral e esquema quádruplo antituberculose. Alta hospitalar com melhora clínica do quadro e seguimento ambulatorial. Conclusão. Por se tratar de manifestação rara de tuberculose com sintomatologia inespecífica, a elevada suspeição clínica e a realização precoce de métodos diagnósticos invasivos são de extrema importância para evitar a evolução da doença.