

TUBERCULOSE PERICÁRDICA: RELATO DE CASO COM EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

PERICARDIAL TUBERCULOSIS: A CASE REPORT WITH ANATOMOPATHOLOGICAL EXAM

Maria Laura Lucas Queiroz de Pinho Barroso¹; Guilherme Bulcão Silva¹; Isadora Fernandes de Sá²; Julia Kroehling Gil¹; Luiz Guilherme Passaglia³; Marcos de Azevedo Reis²; Matheus Soares Mendes do Valle²; Geraldo Brasileiro Filho³

¹Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; ²Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; ³Professor da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: brasileiro@ufmg.com.br

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, capaz de acometer múltiplos órgãos além do parênquima pulmonar. As formas extrapulmonares representam cerca de 15% dos casos na população geral (World Health Organization, 2024) e até 20% em indivíduos imunossuprimidos (Brasil, 2019).

A tuberculose pericárdica, mais frequente em pacientes imunossuprimidos, constitui uma das formas extrapulmonares menos prevalentes, correspondendo a 1–2% de todos os casos de TB (Mayosi; Burgess; Doubell, 2005). Manifesta-se, frequentemente, por derrame pericárdico e/ou pericardite exsudativa ou constrictiva. Assim como em outras formas da doença, o diagnóstico é complexo e requer elevada suspeição clínica, além de confirmação microbiológica, histopatológica ou molecular.

O presente relato tem como objetivo descrever a evolução clínica e os achados diagnósticos de paciente imunossuprimida no pós-transplante cardíaco que apresentou tuberculose pericárdica, destacando a importância da biópsia pericárdica e do teste molecular rápido (TRM-TB) na confirmação diagnóstica.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 77 anos, imunossuprimida após transplante cardíaco realizado em 2017 por cardiopatia valvar, foi internada em maio de 2025 com quadro de diarreia aguda mucopiosanguinolenta, sintomas gripais e episódios de hipotensão ortostática sintomática.

Encontrava-se em uso contínuo de tacrolimo, micofenolato mofetil 500 mg e prednisona 5 mg como terapia imunossupressora, além de medicações para controle de diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, dislipidemia e trombose. Apresentava histórico de episódios de rejeição (2018), infecção por HTLV, COVID-19 (2021), citomegalovirose, úlcera retal e candidíase esofágica (2024).

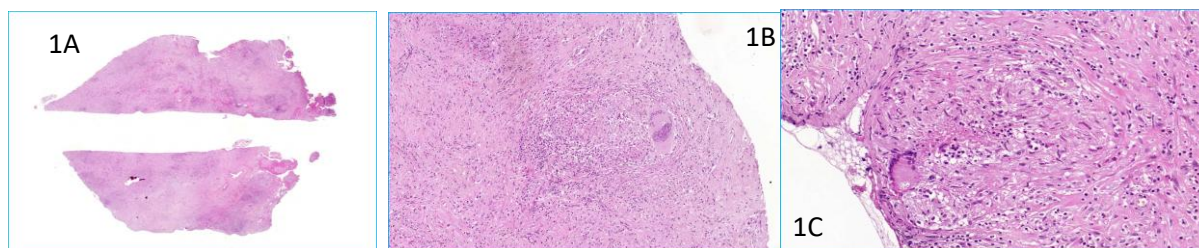
Diante de ultrassonografia pulmonar com consolidação subpleural em base direita, realizou-se tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou derrame pericárdico loculado, de paredes finas e com realce parietal, predominantemente na região inferoposterior do pericárdio, com espessura de até 15 mm. O achado foi sugestivo de pericardite ou empiema pericárdico, sem alterações relevantes no parênquima pulmonar.

O ecocardiograma transtorácico (EcoTT) confirmou derrame pericárdico loculado adjacente ao ventrículo direito, determinando restrição ao enchimento ventricular, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada (FEVE de 67%). Optou-se, portanto, por abordagem cirúrgica diagnóstica e terapêutica.

Foi realizada pericardiocentese, com drenagem de 60 mL de líquido amarelo-citrino. Observou-se espessamento do pericárdio remanescente, que foi removido para biópsia. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no líquido pericárdico foi inconclusiva. A baciloscopia do escarro por teste molecular rápido (TRM-TB) foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, possibilitando o início do tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE).

O exame histopatológico do pericárdio (Figura 1) evidenciou pericardite granulomatosa com necrose caseosa. A pesquisa de BAAR foi inconclusiva, porém o TRM-TB foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando o diagnóstico.

Figura 1 – Microscopia de biópsia de pericárdio.



Legenda: 1A – Pericárdio espessado (0,8 cm) com áreas de inflamação; 1B – Granuloma com célula gigante e coroa de linfócitos, além de fibrose e espessamento do pericárdio; 1C – Granuloma com célula gigante e pequena área com necrose caseosa central.

Fonte: biópsia de pericárdio da paciente, com divulgação autorizada.

Após a biópsia e a drenagem pericárdica, o EcoTT confirmou ausência de derrame pericárdico residual e de sinais de constrição pericárdica. A paciente apresentou melhora progressiva do quadro clínico, recebendo alta hospitalar para seguimento ambulatorial.

3 CONCLUSÃO

O caso ilustra o desafio diagnóstico da pericardite tuberculosa em paciente imunossuprimida no pós-transplante cardíaco, ressaltando a necessidade de elevada suspeição clínica e de correlação entre métodos de imagem, biópsia pericárdica e exames moleculares.

Embora incomum, a tuberculose pericárdica deve ser considerada no diagnóstico diferencial de derrames pericárdicos em pacientes imunossuprimidos. O reconhecimento precoce, a abordagem multidisciplinar e o tratamento adequado são determinantes para prevenir evolução para constrição pericárdica e favorecer prognóstico satisfatório.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MAYOSI, B. M.; BURGESS, L. J.; DOUBELL, A. F. Tuberculous pericarditis. *Circulation*, v. 112, n. 23, p. 3608–3616, 2005. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.543066.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO, 2024.