

Pericardite purulenta por MRSA com evolução subaguda para pericardite constrictiva: um relato de caso

40° CONGRESSO
SOCERJ2023
19 A 21
ABRIL | 2023



Autores: Lais Marques Bottino¹, Bruno Reznik Wajsbrodt², Marcelo Ferreira Palomo Valle¹, Pedro Castello Branco de Moraes¹, Júlia Silva Muniz Furtado¹, Mariana de Barros Castellaneta¹, Rafael Avelino Marins¹, Leivy Zucker Cytryn¹

1 - Residente médico do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.
2 - Médico Staff do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.



Introdução

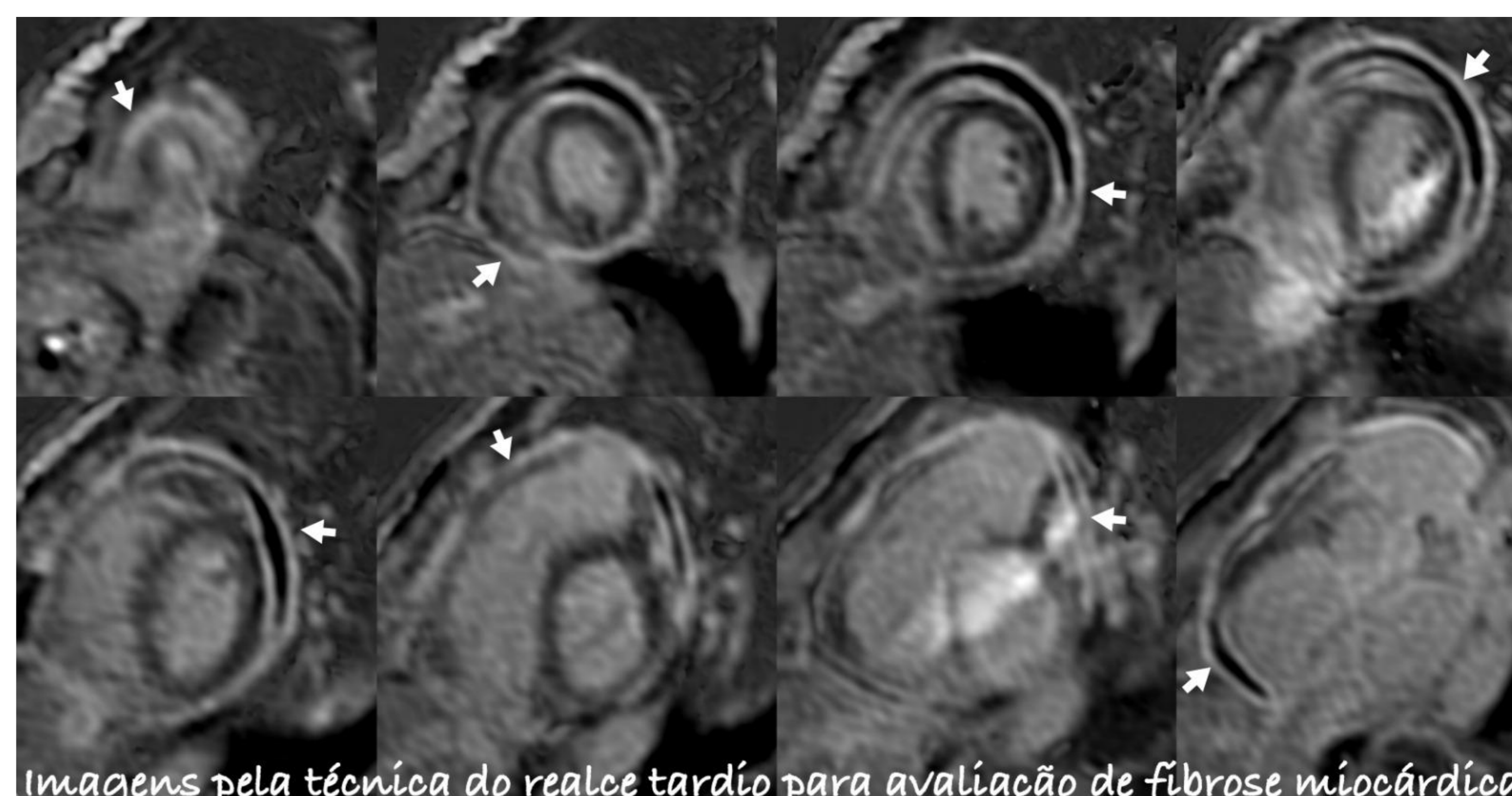
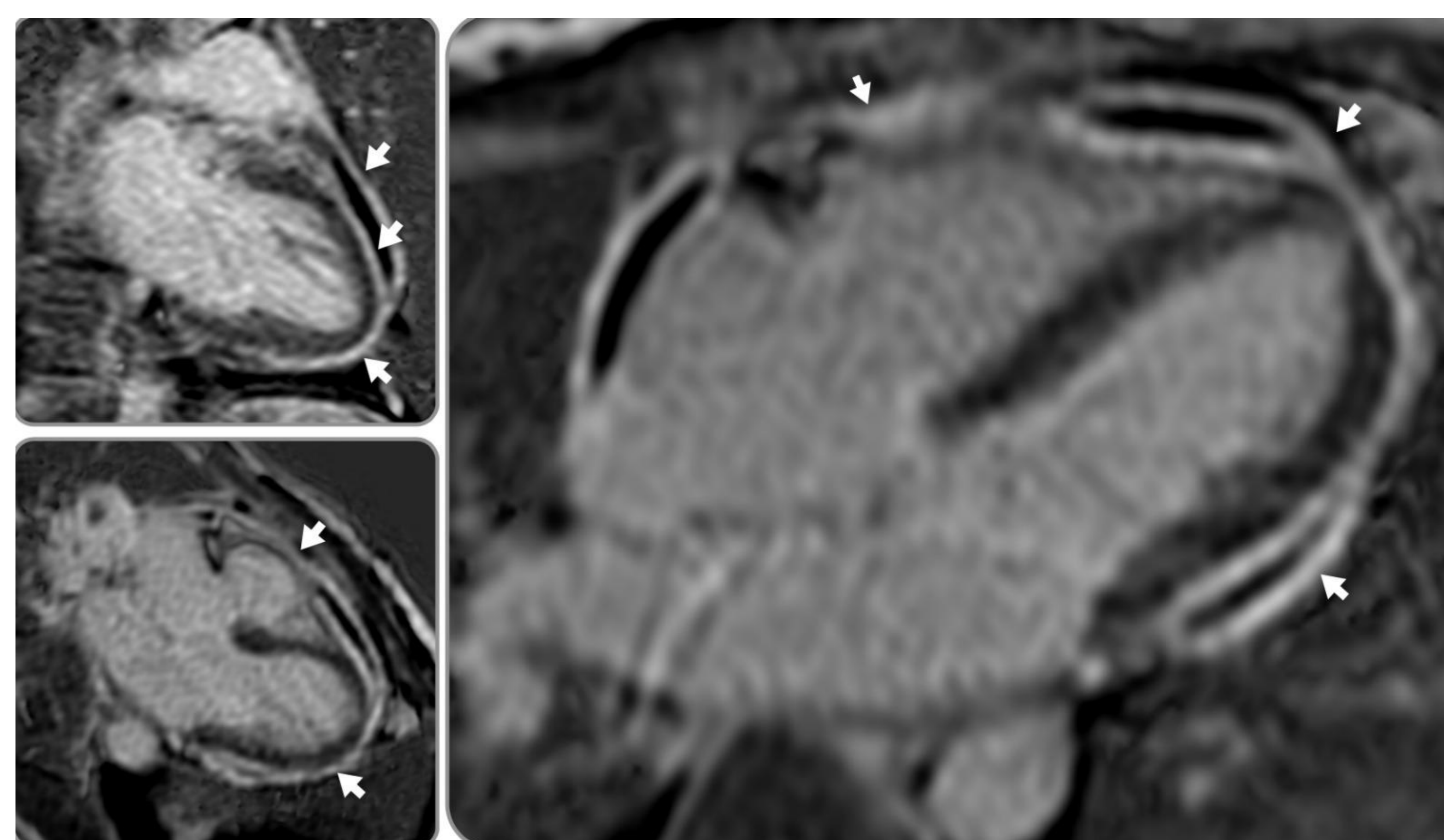
Pericardite purulenta é uma rara condição de evolução rápida e agressiva, com alta mortalidade. A incidência diminuiu na era dos antibióticos e atualmente associa-se à imunossupressão ou à história de procedimentos torácicos. O diagnóstico é através do líquido pericárdico pela cultura e microscopia.

Relato de caso

Feminina, 42 anos, hipertensa, procura o hospital relatando dor torácica em aperto, retroesternal, sem relação com esforço, intermitente, associada com cansaço progressivo há 5 dias. Encontrava-se hipotensa, com eletrocardiograma evidenciando supra difuso do segmento ST. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) com derrame pericárdico importante, sinais de restrição e colapso de cavidades direitas. Realizada pericardiocentese com saída de líquido viscoso turvo com padrão de exsudato. Os exames séricos mostraram parâmetros inflamatórios elevados, com 19000 leucócitos e 10% de bastões, proteína C reativa de 18,7 mg/dl e troponina de 168,9 µg/L. Iniciado antibiótico empírico com piperacilina/tazobactam, ajustado para vancomicina após resultado de cultura do líquido pericárdico com *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Apesar do antibiótico adequado, houve persistência de edema de membros inferiores, dispnéia e necessidade de diurético em doses elevadas. ECOTT evidenciou movimento septal compatível com interdependência ventricular (bounce septal), variação ventilatória significativa do fluxo mitral e tricúspide com congestão venosa, além de espessamento pericárdico, confirmado em tomografia de tórax e na ressonância cardíaca. Feito diagnóstico de fase efusivo-constrictiva de pericardite e após discussão em time cardiológico, indicado pericardiectomia precoce, realizada com sucesso. Mantido antibiótico por 6 semanas, com melhora clínica, laboratorial e hemodinâmica.

Discussão

A pericardite purulenta tem mortalidade de cerca de 30%. O tratamento precoce é fundamental para um desfecho bem sucedido, prevenindo o desenvolvimento de constrição que ocorre em pelo menos 3,5% dos casos. O tratamento antibiótico empírico inicial deve cobrir os patógenos mais prováveis e suspeitos, com duração de terapia individualizada pela resposta clínica e laboratorial. A drenagem pericárdica é fundamental para controle do foco infeccioso e estabilização hemodinâmica, sendo a pericardiectomia reservada para casos de pericardite constrictiva.



Imagens pela técnica do realce tardio para avaliação de fibrose miocárdica

