

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

PERICARDITES: ANÁLISE ETIOLÓGICA E
CLÍNICO-TERAPÊUTICA DE 58 CASOS

Paulo R. Toebe*
Rubens L. Pagani Jr.*

Orientação: Dr. Luiz Carlos São Thiago

* Doutorandos do Curso de Graduação em Medicina
da Universidade Federal de Santa Catarina

** Professor da Disciplina de Cardiologia da UFSC

AGRADECIMENTOS

Ao Orientador, que através de sua colaboração e apoio possibilitou-nos a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

	P.
. PERICARDITES: ANÁLISE ETIOLÓGICA E CLÍNICO-TERAFÉUTICA DE 58 CASOS.....	03
. RESUMO.....	04
. INTRODUÇÃO.....	05
. MATERIAL E MÉTODOS.....	06
. RESULTADOS.....	07
. DISCUSSÃO.....	11
. CONCLUSÕES.....	19
. ABSTRACT.....	20
. BIBLIOGRAFIA.....	21

PERICARDITES: ANÁLISE ETIOLÓGICA E
CLÍNICO-TERAPÉUTICA DE 58 CASOS

RESUMO

Foram analisados retrospectivamente 58 prontuários de pacientes portadores de pericardite em hospital geral.

A etiologia inespecífica com 30 casos predominou sobre as seguintes: pós pericardiotomia, pós IAM, urêmica e tuberculosa em ordem de frequência. Apresentou maior índice de casos complicados em números absolutos. O tratamento utilizado foi à base de antiinflamatórios não hormonais em 83,3% e a maioria evoluiu para resolução clínica (80%).

As pericardites secundárias à pericardiotomia com 12% do total e pós IAM com 10,4%, merecem atenção pela frequência apresentada. No entanto, as etiologias tuberculosa e urêmica obtiveram cifras de complicação e evolução desfavorável mais significativas do que tais citadas. O tratamento clínico das pericardites com 84,5% superou o cirúrgico com 15,5% em relação à conduta terapêutica. Este último consistindo de pericardistomia com drenagem e pericardiectomia esteve indicado tão somente naqueles casos complicados.

A evolução clínica foi a resolução em 79,3% do total de casos, sendo a inespecífica a mais envolvida.

INTRODUÇÃO

O termo correto a ser utilizado quando nos referimos a doenças do pericárdio seria pericardiopatia. No entanto, a designação pericardite é amplamente empregada, independente da etiologia, mesmo para designar processos não infecciosos desta serosa. Por definição constitui-se no processo inflamatório agudo ou crônico do pericárdio, desencadeado pelos mais diversos fatores.

As pericardites são entidades que se apresentam com relativa facilidade diagnóstica do ponto de vista clínico, embora não seja muito freqüente na clínica diária. Entretanto o diagnóstico etiológico pode ter várias causas, sendo que a maior parcela permanece sem definição das mesmas.

Este trabalho objetiva uma análise retrospectiva de 58 casos de pericardite no que diz respeito a sua etiologia. Procura correlacionar as complicações, conduta terapêutica e evolução clínica com cada um dos agentes etiológicos aqui encontrados, confrontando os resultados com a literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados 58 prontuários de pacientes com doença pericárdica no período de 1982 a 1987, no Hospital Geral Celso Ramos, em Florianópolis(SC), retrospectivamente.

No diagnóstico de pericardite e suas complicações foram utilizados dados semiológicos: dor torácica, atrito pericárdico, hipofonese de bulhas, pulso paradoxal; exames complementares: ECG, raio X de tórax, ecocardiograma, provas laboratoriais de acordo com a suspeita clínica: hemograma, VHS, proteínas de fase aguda, PPD, cultura para BAAR, provas de atividade reumática, eletrólitos, hemocultura, análise de líquido pericárdico; e em alguns casos biópsias de pericárdio com histopatologia.

Em nosso protocolo, observamos em primeira etapa, o diagnóstico etiológico no prontuário. A seguir pesquisamos a presença ou não de complicações, a conduta terapêutica e a evolução clínica. Reunimos todos os dados disponíveis e confrontamos com cada grupo etiológico encontrado.

RESULTADOS

. Tabela I

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS QUANTO À ETIOLOGIA

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	NÚMERO DE CASOS	%
Inespecífica	30	51,7
Pós pericárdiotomia	7	12,0
Pós IAM	6	10,4
Urêmica	5	8,6
Tuberculosa	4	6,9
Bacteriana	3	5,2
<u>S. dressler</u>	1	1,7
Neoplásica	1	1,7
LES	1	1,7
TOTAL	58	100,0%

FONTE: SAME do HGCR, casos registrados entre 1982-1987, Florianópolis(SC).

Quanto à etiologia (Tabela I), o grupo predominante foi o das inespecíficas com 51,7%. A seguir, em ordem de frequência, vieram: pericardite pós pericárdiotomia com 12%, pós IAM com 10,4%, urêmica com 8,6% e tuberculosa com 6,9%. Seguiram-se ainda outras causas em menor frequência como demonstra a tabela cima (bacteriana, síndrome de dressler, neoplásica e LES).

. Tabela II

COMPLICAÇÕES DOS CASOS DE PERICARDITE SEGUNDO A ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	NÚMERO DE CASOS POR ETIOLOGIA	CASOS COMPLICADOS (TAMPONAMENTO-CONSTRICÇÃO)
inespecífica	30	5
pós pericardiotomia	7	1
tuberculosa	4	2
urêmica	5	2
neoplásica	1	1
TOTAL	47	11

FONTE: SAME do HGCR, casos registrados entre 1982-1987
Florianópolis (SC).

Como podemos observar na tabela acima, os percentuais de complicações foram maiores nas etiologias tuberculosa (50%) e urêmica (40%), estas se constituíram de tamponamento e constricção. Embora se analisarmos em números absolutos em primeiro lugar esteja a inespecífica, esta apresenta um número de casos diagnosticados maior que as outras, diminuindo em termos percentuais o seu valor. Um dos casos de complicação com tamponamento foi o neoplásico com apenas um caso.

. Tabela III

CONDUTA TERAPÉUTICA NOS CASOS DE PERICARDITE SEGUNDO A ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	TOTAL DE CASOS	TRATAMENTO CLÍNICO	TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO
inespecífica	30	25	5
pós pericardiotomia	7	6	1
pós IAM	6	6	-
urêmica	5	5	-
tuberculosa	4	2	2
bacteriana	3	3	-
s. <u>dressler</u>	1	1	-
neoplásica	1	-	1
LES	1	1	-
TOTAL	58	49	9

FONTE: SAME do HGCR, casos registrados entre 1982-1988
Florianópolis (SC).

Observamos nesta tabela que a conduta predominante no número total de casos foi o tratamento clínico com 84,4%. Alguns necessitaram de tratamento cirúrgico, como o inespecífico com 5 casos e o tuberculoso com 2 casos.

. Tabela IV

EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS CASOS DE PERICARDITE SEGUNDO A ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	TOTAL DE CASOS	RESOLUÇÃO	CRONICIDADE RECIDIVA	ÓBITO
inespecífica	30	24	5	1
pós pericardiotomia	7	7	-	-
pós IAM	6	6	-	-
urêmica	5	2	-	3
tuberculosa	4	2	2	-
bacteriana	3	3	-	-
s. dressler	1	1	-	-
neoplásica	1	-	-	1
LES	1	1	-	-
TOTAL	58	46	7	5

FONTE: SAME do HGCR, casos registrados entre 1982-1987
Florianópolis (SC).

A análise da tabela acima demonstra um índice de resolução elevado (80%) da etiologia inespecífica. Em contrapartida, as etiologias urêmica e tuberculosa em termos relativos apresentam maior índice de não resolução. Generalizando-se o total de casos relatados, houve um percentual de 79,3% de resolução dos casos.

DISCUSSÃO

As pericardites, em sua maioria, evoluem para cura, permanecendo, outrossim, muitos casos sem um diagnóstico etiológico definido. O pericárdio por sua vez é raramente atingido por afecções primárias; freqüentemente as pericardites são secundárias ao acometimento de algum outro órgão ou sistema, como por exemplo a pericardite urêmica no paciente portador de insuficiência renal crônica. A freqüência das etiologias está relacionada com a doença base.

Logo, sua incidência de acordo com sexo, idade e raça irá variar de acordo com a causa base. Assim esperamos maior incidência de pericardite lúpica em mulheres, assim como maior incidência de pericardite pós IAM em paciente acima da quarta década e no sexo masculino.

Em nosso estudo, no que se refere ao diagnóstico etiológico teceremos alguns comentários. O primeiro grande grupo ficou por conta da etiologia inespecífica com 30 casos (51,7%). Os pacientes diagnosticados como portadores de pericardite não complicada, que evoluíram rapidamente para cura com o tratamento clínico e com exames laboratoriais não elucidativos, em sua grande maioria ficaram sem diagnóstico etiológico específico, fazendo parte deste grupo. Um caso de biópsia pericárdica com processo granulomatoso crônico,

que não preencheu os critérios diagnosticados de tuberculose, foi incluída neste grupo. Outro apresentava biópsia de nódulo pulmonar com aspecto histopatológico compatível com granulomatose de Wegener porém com exame histopatológico de pericárdio não conclusivo. Em muitos casos, um quadro de infecção de vias aéreas superiores precedeu o aparecimento de pericardite.

A literatura cita uma incidência em torno de 40% no que se refere à etiologia inespecífica, na qual nosso achado se encontra aproximadamente nesta faixa. O termo inespecífico compreende uma miscelânea de causa dentre as quais os vírus e estados de hipersensibilidade contribuem para tal⁽²⁾. Os vírus mais comumente envolvidos nos quadros de pericardite são o coxsákie grupo B, echovírus e epstein-baar vírus^(8,21). Alguns anticorpos anti-pericárdio também estão relacionados como causa. Em nosso meio não dispomos de métodos para detecção e isolamento de vírus para estabelecimento da etiologia viral, fazendo parte então das inespecíficas.

O percentual de complicações na etiologia comentada situa-se em termos gerais entre 5 e 15%⁽⁹⁾. O nosso achado está em torno de 16,6%, em concordância com tal. O tamponamento foi responsável por 10% e a constrição por 6,6% dos casos complicados. Segundo a literatura, o percentual de constrição varia de 5 a 15%⁽⁹⁾. A conduta terapêutica predominante foi o tratamento clínico à base de antiinflamatórios em 83,3% dos casos. O tratamento cirúrgico foi indicado naqueles casos complicados: com tamponamento que foram submetidos a pericardiostomia com drenagem; e nos 2 casos de constrição que foram submetidos a pericardiectomia. A pericardiocentese foi considerada procedimento terapêutico clínico, e ficou restrita a 1 caso visto que suas complicações e dificuldades superam os benefícios, a não ser como medida heróica nos casos de tamponamento cardíaco⁽⁴⁾.

Quanto à evolução clínica, a resolução ocorreu na maior parte dos casos analisados. Como já citado anteriormente a cronicidade/recidiva esteve presente em um percentual esperado, sendo que um caso veio a óbito devido a tamponamento.

A seguir, em ordem de frequência, nos defrontamos com a pericardite pós pericardiotomia com 7 casos. Constitui-se de febre, pericardite e pleurite. Incide entre a primeira e a quarta semanas pós cirurgia cardíaca, em 10% delas⁽¹¹⁾. Vale a pena frisarmos que 56% dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca apresentam derrame pericárdico leve e moderado, detectados no ecocardiograma, mesmo sem evidências clínicas.⁽¹¹⁾ Das complicações, o tamponamento se apresenta numa frequência de 3 a 6%, enquanto que a constricção é estimada em torno de 0,2%.⁽¹¹⁾

Nossa avaliação obteve um percentual de 12% do total analisado. Apresentou-se com 2 complicações, ambas de tamponamento. Um dos casos foi submetido a pericardiostomia com drenagem enquanto o outro à punção pericárdica ^{de drenagem !!} evacuadora (pericárdiocentese). Os demais pacientes foram submetidos a tratamento clínico com antiinflamatórios. Sua evolução foi amplamente favorável sem nenhuma recidiva ou óbito. Nestes casos estariam envolvidos mecanismos autoimunes, infecções ^{por vírus} virais e bacterianas ou mesmo a própria manipulação do pericárdio. A sua colocação como segunda causa de pericardite em nosso relato, deve-se em parte ao fato do hospital utilizado para o estudo, canalizar todos pacientes para cirurgia cardíaca do estado. ? Sendo o único serviço a atender estes pacientes, este número apresentou-se mais elevado como poderíamos esperar.

Em terceiro lugar com 6 casos (10,4% do total) encontramos as pericardites incidentes nos pacientes em fase aguda pós infarte agudo do miocárdio. Acretete indivíduos até a primeira semana após o episódio. Calcula-se que cerca de 10 a 15% dos pacientes infarta-

dos apresentam-na.⁽³⁾ Visto a alta freqüência de doenças cardiovasculares como causa de morbi-mortalidade na população geral, era de esperarmos como uma das causas principais de etiologia relacionados. No infarto transmural quase todos os pacientes a apresentam. Em nosso estudo não houve complicações relacionadas, e o tratamento foi clínico com antiinflamatórios não hormonais. Todos os casos evoluíram com resolução clínica. Este fato vem em concordância com a literatura⁽³⁾ que refere rara presença de derrame pericárdico, e este quando presente pouco expressivo.

Outra causa importante de pericardite relacionada a seguir com 8,6% do total, é a urêmica. Este tipo de doença era mais freqüente antes do advento dos processos de diálise, porém continua sendo bastante freqüente. Collins e Wolfe⁽²⁾ obtiveram cifras de 45% de acometimento em pacientes com insuficiência renal crônica. Seu mecanismo é desconhecido, talvez ocorra pela ação dos metabólitos tóxicos oriundos da falência renal. Não existe uma relação entre os níveis de uréia e eletrólitos e a incidência da doença. Pode haver melhora com a instalação da diálise, porém costuma ocorrer em pacientes sob hemodiálise. Apresenta como complicação freqüente, derrame pericárdico com tamponamento.^(2,11,12) Geralmente este derrame é hemorrágico, podendo causar no futuro constrição. Obtivemos um índice de complicação de 40%. Todos os casos foram por tamponamento e o tratamento utilizado foi clínico (hemodiálise). A maioria dos autores advoga para o tratamento das complicações pericardiostomia com drenagem (subxifoídea) além da hemodiálise, devido ao menor índice de morbidade que a pericárdiocentese. Pode ser feita sob anestesia local, ao passo que aquela apresenta maior risco de hemorragia e arritmias cardíacas. Apresentou-se com maior percentual de mortalidade, com 3 casos (60%). Os casos de tamponamento evoluíram com óbito e outro faleceu em virtude do agravamento sistêmico decorrente da uremia e alterações hidroeletrólíticas. Das

causas de pericardite, esta manifesta-se como uma das mais agressivas, com taxas de complicações elevadas e acentuado comprometimento sistêmico. (11)

A pericardite tuberculosa apresentou-se com 6,9% do total de casos analisados. Constitui-se numa importante causa de pericardite visto sua alta taxa de complicações e mortalidade. Entre as pericardiopatias sua frequência situa-se em torno de 7%⁽⁵⁾. Utilizamos como critério diagnóstico o achado do bacilo de Knoch nas lesões e/ou cultura de líquido pericárdico positiva e/ou aspectos histopatológicos compatíveis. Critérios menos rígidos para o diagnóstico são citados por Darsee e Braunwald e Spodick⁽⁵⁾ o que com certeza elevaria o número diagnosticado em nossa série. Aliás, em material de necrópsia o número percentual é maior, situando-se em cerca de 10%. (1,5)

Sua patogenia não é clara, podendo ser secundária a disseminação precoce a partir do foco primário. Também ocorre por via hematogênica (TB miliar), linfática a partir de ganglios mediastínicos, o que é mais frequente. Raramente resulta de infecção contígua de pleura e/ou pulmões. As complicações em nosso estudo perfizeram um total de 50%. Embora o número de casos complicados seja reduzido em nossa série (dificultando análise ampla), observamos segundo Spodick e Cols,⁽⁵⁾ que o percentual de complicações situa-se em torno de 30 a 40%, reforçando nosso achado. Segundo os mesmos autores, a maior complicação da pericardite tuberculosa tem sido a constrição. Um dos casos em nosso levantamento evoluiu com constrição e outro com tamponamento. Todos os pacientes diagnosticados como pericardite tuberculosa foram tratados com esquema tríplice, não sendo associado o uso de corticoesteróides, mesmo naqueles casos que evoluíram para cronicidade, como defendem alguns autores. O paciente que apresentou tamponamento foi submetido a pericardiostomia com

drenagem como proposta terapêutica. A outra complicação foi a constrição e realizou-se pericardiectomia. Relatos da literatura indicam a pericardiectomia em princípio nos casos que apresentam constrição, apesar da terapêutica medicamentosa, e constitui-se numa proposta mesmo precoce na fase ativa da doença pela possibilidade de severo comprometimento anatomo-funcional do pericárdio.⁽¹⁾ Quanto à evolução apresentou em nosso estudo um percentual de 50% de cronicidade, o que é um dos fatos comuns nesta doença. Não houve relato de óbitos, embora não fosse possível ter o acompanhamento posterior da evolução. A maioria dos autores concordam que a mortalidade da doença seja alta.^(1,5,15) Na metade do século, alguns deles citavam cifras de até 80% dos casos. Acreditamos que com os progressos terapêuticos tenham diminuído estas cifras na atualidade.

A pericardite purulenta manifestou-se em 5,2% dos casos analisados, com 3 pacientes. Alguns germes gram negativos e gram positivos (stafilococos principalmente) são seus agentes mais frequentes.⁽⁸⁾ Antes da década de 40, isto era consequência de pneumonias pneumocócica ou empiema em pacientes jovens e previamente saudáveis.⁽⁶⁾ O quadro pode instalar-se após cirurgia cardíaca, infecções intratorácicas, pacientes com derrame pericárdico estéril mais septicemia. Um de nossos casos apresentava furunculose cervical e após manipulação veio apresentar clínica de pericardite. Outro paciente septicêmico apresentou pericardite com títulos altos de antiestreptolisina O e hemocultura positiva para streptococos B hemolítico.

Apesar do quadro a doença evoluiu sem complicações. Segundo a literatura, estas quando ocorrem, geralmente se apresentam com constrição e atingem com maior frequência crianças. Os agentes envolvidos são *Haemophilus influenzae* e *Neisseria Meningitidis*.⁽⁸⁾

O tratamento efetuado foi clínico, a base de antibióticoterapia. Não ocorreram óbitos, tampouco cronicidade, com todos os casos evoluindo para resolução clínica. As pericardites aqui novamente manifestam-se secundariamente a uma infecção já instalada. Com desenvolvimento da antibióticoterapia mais eficiente, doenças como pneumonia que cursavam com acometimento do pericárdio, tendem a uma resolução mais benigna, vindo a diminuir o acometimento pericárdico. As complicações já instaladas, resolveram-se mais favoravelmente.

A síndrome de Dressler apareceu em um dos pacientes analisados, representando 1,7% do total. Como reforça nosso achado, é uma doença pouco comum. Welin, Vedin e Cols⁽³⁾ encontraram cifras de acometimento em torno de 3% dos pacientes com IAM. A síndrome de Dressler manifesta-se uma semana após o infarto, ocorrendo dor pleuropericárdica e febre. O aumento do VHS, juntamente com itens citados anteriormente, formam os critérios diagnósticos para tal. Sua etiologia é desconhecida, e alguns anticorpos antimiocárdio são detectados, o que levantaria suspeita de um processo autoimune. Relatos de literatura informam de que são raras as complicações e na maioria dos casos a evolução é favorável.⁽³⁾ O caso apresentado em nossa série evoluiu sem complicações, sob tratamento clínico, evoluindo com resolução do processo. Fica comprometido a análise pelo número reduzido de casos apresentados, porém este encontra-se em concordância ^{de} dos achados da literatura.

A causa neoplásica também apresentou-se com 1,7% do total. As neoplasias primárias do pericárdio são raras, sendo o comprometimento secundário o mais frequente. Em necrópsias os índices chegam em torno de 10 a 15% de acometimento pericárdico em todas as neoplasias malignas.^(8,9) Os sítios de origem mais comuns são pulmão, mama, trato gastro intestinal e pele. O paciente aqui relata-

do, apresentava neoplasia pulmonar, com acometimento do pericárdio. Evoluiu com tamponamento, o que muitas vezes é a primeira manifestação do acometimento,⁽⁸⁾ onde foi realizado pericárdiostomia com drenagem. A linhagem histológica era adenocarcinoma, sendo o prognóstico desfavorável. Evoluiu para óbito. Fica igualmente comprometido a comparação visto número inexpressivo de casos.

Por último, apareceu o LES como causa de pericardite. O paciente evoluiu sem complicações e o tratamento foi clínico. Houve resolução clínica da doença. O acometimento do pericárdio no lupus é alto, cerca de 50% dos casos^(8,21,22). Tamponamento encontra-se em 10% dos casos e frequentemente cursa com constrição quando o derrame é hemorrágico. Vale aqui também a mesma consideração cirada anteriormente quanto ao número de casos pouco significativo.

Várias outras causas se apresentam como etiologia de pericardite. Comentamos aqui, os achados em nosso trabalho, procurando dar maior enfoque nas principais causas (inespecíficas, tuberculosa, urêmica e pós IAM). Demais etiologias encontram-se na literatura referida.

CONCLUSÕES

No desenvolver do trabalho chegamos às seguintes conclusões:

1. A etiologia predominante nas pericardites foi a inespecífica;
 2. A grande maioria das pericardites evoluiu sem complicações e estas estiveram mais relacionadas com a própria etiologia;
 3. O tratamento clínico superou o cirúrgico pela presença do número maior de casos não complicados e foi específico para cada doença base;
 4. O tratamento cirúrgico esteve intimamente ligado à complicações, e não propriamente à etiologia;
 5. Das etiologias mais comuns que apresentaram maior índice de complicações destaca-se a tuberculosa e urêmica.
-

ABSTRACT

Fifty eight patients with pericarditis were studied by a retrospective analysis, in a General Hospital.

The inespecific aethiology with 30 cases predominated among this afters: postpericardiotomy, postmyocardial infarction, uremic and tuberculosis in order of frequency, and showed the most com complicated index in absolute numbers. The treatment was made with non-hormonal antiinflamatory in 83,3% and most of them to clinical resolution.

The postpericardiotomy (12%) and postmyocardial (10,4%) pericarditis requires attention by the frequency showed. Nevertheless the tuberculosis and uremic aethiology had complications and non favorable evolution incidence mora important than others seen.

The clinical treatment with 84,5% overcame the cirurgical with 15,5%, in the therapeutic way. Cirurgical treatment (subxiphoid pericardiostomy and pericardectomy) was made only for those complicated cases.

Clinical evolution showed total resolution of the pathology in 79,3% all cases, where the inespecific pericarditis presented oneself the most frequent.

BIBLIOGRAFIA

1. ROONEY, J.J.; CROCCO, J.A.; LYONS, H.A. Tuberculous Pericarditis Ann Intern. Med. 72:73, 1970.
2. WOLFE, S.A.; BAILLEY, G.F.; COLLINS, J.J. Constrictive Pericarditis Following Uremic Effusion, J. Thor Cardiovasc Surg. 63:540, 1971.
3. WELIN, L.; VEDIN, A.; WILHELMSSON, C. Characteristics, Prevalence and Prognosis of Postmyocardial infarction Syndrome, Br. Heart J. 50:140-5, 1983.
4. WRAY, T.M. et all. Pericardiectomy for Treatment of uremic pericarditis, Circulation, 49, 50 (Supp. II):268, 1974.
5. SPODICK, D.H. Tuberculous Pericarditis, Arch. Intern. Med. 98: 737, 1956.
6. PEARL, W.R. Constrictive Pericarditis in Adolescents:a Review Military Medicine, 148:600-3, 1983.
7. STEVENSON, L.W.; CHILD, J.S.; LAKS, H.; KERW L. Incidence and significance of early pericardical effusions after cardiac surgery, AM J. Cardiol., 54:848-851, 1984.
8. IANNI, B.M.; PEREIRA-BARRETO, A.C.; SERRC-AZUL, L.G.; PILEGGI, Propedêutica Cardiológica, Pericardiopatias, 2º ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988, parte IV, cap.19, p.201-211.

9. SÃO THIAGO, L.C. Pericardiopatias: Aspectos clínico-cirúrgicos Arq. Bras. Cardiol. 46/2:115-118, 1986.
10. RIBEIRO, P.; SAPSFORD R.; EVANS, T.; PARCHARIDIS, G.; OAKLEY, C. Constrictive Pericarditis as a Complication of coronary Artery Bypass Surgery, Br. Heart J. 51:205-10, 1984.
11. Koopot, R.; ZEREFOS, N.S.; LAVENDER, A.R.; DIFARRÉ, R. Cardiac Tamponade in uremic Pericarditis. The American Journal of Cardiology. 32:846-849, 1973.
12. JAHN, H., et all. Managemetyt of Pericardial Heart Disease in Uremia: Tap, Drainage, Fenestration or Pericardectomy? Contr. Nepurol. 33:197-209, 1982.
13. PEARL, W. 2 - Constrictive Pericarditis in Adolescents: a review Military Medicine. 148:600-3, 1983.
14. LEVIN, H.B., et all. The Subsiphoid Pericardial Window. Gynecology & Obstretrics, 155:804-3, 1982.
15. KASHANI, I.A., et all. Inflammatory Constriction Following Complete Pericardiectomy in Tuberculous Constrictive Pericarditis Clinical Pediatrics, 2213:219-221, 1983.
16. SNOW, N.; et all - Subxiphoid Pericardiotomy. The American Surgeon, 49:249-2, 1983.
17. CHESLER, E., et all - The ECG of Constrictive Pericarditis - Pattern Resembling Right Ventricular Hypertrophy. American Heart J. 91/4:420-424, 1976.
18. GARCIA, A.A., et all. Pericarditis Constrictiva. Estudio de 59 casos. Rev. Clínica Esp. 169/5-6:305-308, 1983.
19. CULLIFORD, A.T., et all. Operation for Chronic Constrictive Pericarditis: Do the Surgical Approach and Degree of Pericardial Resection Influence the outcome Significantly? The Annals of Thoracic Surgery. 29/12:146-152, 1980.
20. JAMES, T.N. Pericarditis And Sinus Node. Arc. Int. Med. 110: 77-83, 1962.

21. WYNGAARDEN, James B., SMITH, Lloyd H. Cecil Textbook of Medicine. 18th edition, Ed. Saunders Company, 1988, Parte VI , cap. 54, p. 362-366.
22. HARRISON, T.R. Harrison Medicina Interna. 10ª Edição, Ed. Guanabara Koogan S/A, vol. 2, 1984, cap. 265, p. 226/233.

**TCC
UFSC
CM
0008**

N.Cham. TCC UFSC CM 0008

Autor: Toebe, Paulo R

Título: Pericardites : análise etiológi



972801443

Ac. 253207

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM