

## COMENTÁRIO EDITORIAL



# Manuseio da pericardite aguda e recorrente: uma dor de cabeça recorrente para o clínico?

Fabio Fernandes, MD, PhD\*, Dirceu Melo, MD\*

## INTRODUÇÃO

A pericardite aguda é causada pela inflamação do pericárdio e representa 0,2 % de todas as internações hospitalares e 5% de todas as causas de dor torácica na sala de emergência. Quanto à etiologia, predominam as infecções virais, mas não se encontra um diagnóstico definitivo em até 55% dos casos. Entretanto, a pericardite aguda pode ser isolada ou ser secundária a afecções sistêmicas (doenças autoimunes, inflamatórias, neoplásicas e infecções não virais). No geral, a pericardite aguda é auto limitada e causa mais desconforto do que risco a vida do paciente.

## RESUMO ARTIGO

Os autores fazem uma revisão do manejo de pacientes com pericardite aguda e recorrente quanto a diagnóstico e tratamento e abordam as principais complicações.

## IMPLICAÇÕES

O diagnóstico pericardite aguda é realizado quando se encontram pelo menos dois dos seguintes critérios: dor torácica sugestiva, atrito pericárdico, alterações eletrocardiográficas sugestivas e derrame pericárdico novo ou aumento do preexistente. As alterações típicas do eletrocardiograma incluem supradesnivelamento do segmento ST com concavidade para cima (achado mais sensível) e infradesnivelamento de PR (achado mais específico).

Os exames laboratoriais evidenciam leucocitose, elevação de proteína C-reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação. A alteração dos marcadores de necrose miocárdica (CKMB e troponina) pode ocorrer

por comprometimento miocárdico e deve sugerir o diagnóstico de miopericardite presente em 30% dos casos. A realização rotineira de sorologias virais para vírus tem baixa sensibilidade diagnóstica e as provas de atividade reumatológica, como FAN e fator reumatoide devem ser guiadas pela suspeita clínica de doença autoimune. Os métodos de imagem são parte integral do diagnóstico e estadiamento da doença. O ecocardiograma pode ser normal em 40% dos casos e é de importância na caracterização de complicações, tais como tamponamento pericárdico e pericardite constritiva. A ressonância magnética agrega informações morfológicas e hemodinâmicas além de caracterizar o pericárdio. A presença de realce tardio pelo gadolínio (RT) traz informações da presença e intensidade da inflamação pericárdica com uma sensibilidade de 94%. O realce tardio é ausente em condições normais, uma vez que o pericárdio não é vascularizado. Quando há inflamação existe uma neovascularização e este realce se associa com marcadores de inflamação. A avaliação combinada da inflamação pericárdica do RT e de edema pericárdico em sequências ponderadas T2 pode determinar o estágio de inflamação. Um RT evidente com um aumento do sinal nas sequências ponderadas em T2 está associado à inflamação aguda, enquanto a ausência de elevação do sinal T2 representa a fase crônica. Um aumento RT com um sinal T2 normal é sugestivo de uma fase da inflamação subaguda, caracterizada por edema em resolução. A ressonância também permite definir a eventual presença e a extensão do envolvimento do miocárdio nos pacientes com pericardite.

O tratamento da pericardite aguda baseia no uso de anti-inflamatórios não hormonais sendo o objetivo principal a melhora da dor e a resolução da inflamação. Estão indicados o ácido acetilsalicílico e o ibuprofeno,

\* Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

este último com efeitos favoráveis no fluxo coronariano. O ácido acetilsalicílico deve ser preferido nos casos de pericardite relacionada a infarto do miocárdio por causa da associação com medicação antiplaquetária e pelo fato de outros anti-inflamatórios não hormonais comprometerem a cicatrização da área infartada.

O tratamento da pericardite aguda não deve ser inferior a 14 dias, porém o nível sérico de PCR, utilizado como marcador de atividade inflamatória, ajuda na definição do tempo mais adequado de tratamento. A retirada dos anti-inflamatórios não hormonais deve ser lenta e progressiva, baseada na PCR para diminuir a possibilidade de recorrência. A colchicina vem se destacando como medicação coadjuvante aos anti-inflamatórios não hormonais no tratamento tanto da pericardite aguda (por 3 meses) bem como da pericardite recorrente (por 6 meses) evidenciando diminuição das recorrências, internações e da persistência dos sintomas em 72 horas. Os corticosteroides são utilizados nos casos de falha do tratamento com anti-inflamatórios não hormonais e colchicina e na presença de etiologias específicas de comprometimento pericárdico (doenças autoimunes, gravidez e insuficiência renal). A droga de escolha é a prednisona iniciando com doses de 0,25 a 0,5 mg/kg/dia. Nessas situações, a diminuição da dose deve ser também gradual e se iniciar apenas quando os sintomas desaparecerem e a proteína C reativa se normalizar.

As principais complicações da pericardite são derrame pericárdico, tamponamento e constrição, porém sua incidência é baixa nos pacientes com causa viral ou não identificável. A miopericardite não é considerada complicação, mas uma condição associada, e tem bom prognóstico. Sinais de gravidade incluem: tempo prolongado de evolução (semanas), miocardite associada, pericardite purulenta (leucocitose importante e febre alta), falha de tratamento após uma semana, derrames pericárdicos volumosos, trauma, pacientes imunossu-

primidos, em uso de anticoagulantes, com comprometimento secundário a tumores e sexo feminino (risco de doenças sistêmicas autoimunes maiores). Esses casos devem, de preferência, ser internados.

## PERICARDITE RECORRENTE

A pericardite recorrente se caracteriza por episódios repetidos de pericardite, com caráter contínuo ou intermitente, em um processo de provável etiologia autoimune. A sua incidência varia de 20 a 30% dos casos, de acordo com a etiologia da pericardite.

A pericardite recorrente pode ser consequência de esquema terapêutico inadequado (doses insuficientes, diminuição rápida das doses prescritas, duração abreviada de tratamento), reativação da doença de base ou reinfecção. É mais frequente em mulheres e nos pacientes tratados com corticosteroides. Alguns casos de pericardite recorrente são de difícil controle, literalmente um dor de cabeça aos cardiologistas clínicos.

Na ausência de resposta à associação de AINH + colchicina, podem ser consideradas as seguintes opções: corticoides, imunossupressores e imunoglobulina. Estudos recentes têm apontado resultados promissores com uso de anakinra, um antagonista dos receptores da interleucina 1 (IL-1), em casos de pericardite recorrente. A pericardiectomia deve ser considerada com cautela, pois existem relatos de recidiva após o procedimento, isto porque raramente é realizada ressecção completa dos tecidos pericárdico visceral e parietal.

## CONCLUSÕES

A pericardite aguda e recorrente ainda representa causa frequente de procura de atendimentos cardiológicos e seu reconhecimento e terapêutica precoce e adequada auxilia na prevenção de recorrências.

## REFERÊNCIAS

1. Chiabrando JG, Bonaventura A, Vecchié A, Wohlford GF, Mauro AG, Jordan JH, Grizzard JD, Montecucco F, Berrocal DH, Brucato A, Imazio M, Abbate A Management of Acute and Recurrent Pericarditis: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Jan 7;75(1):76-92. doi: 10.1016/j.jacc.2019.11.021.
2. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2015;36:2921-64.
3. Seferović PM, Ristić AD, Maksimović R, Simeunović DS, Milinković I, SeferovićMitrović JP, et al. Pericardial syndromes: an update after the ESC guidelines 2004. *Heart Fail Rev*. 2013;18(3):255-66.
4. Imazio M, Adler Y. Treatment with aspirin, NSAID, corticosteroids, and colchicine in acute and recurrent pericarditis. *Heart Fail Rev*. 2013;18(3):355-60.
5. Imazio M, Demichelis B, Parrini I, et al. Dayhospital treatment of acute pericarditis: a management program for outpatient therapy. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:1042-6.
6. Kyto V, Sipilä J, Rautava P. Clinical profile and influences on outcomes in patients hospitalized for acute pericarditis. *Circulation* 2014;130:1601-6.
7. Gouriet F, Levy PY, Casalta JP, et al. Etiology of pericarditis in a prospective cohort of 1162 cases. *Am J Med* 2015;128:784 e1-8.
8. Al-Mallah MH, Almasoudi F, Ebid M, Ahmed AM, Jamiel A. Multimodality imaging of pericardial diseases. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2017;19:89.