

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, Sipila 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.