

BMJ Best Practice

Pericardite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	9
Prevenção primária	9
Prevenção secundária	9
Diagnóstico	10
Caso clínico	10
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	14
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	17
Critérios de diagnóstico	18
Tratamento	20
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	23
Opções de tratamento	25
Novidades	39
Acompanhamento	40
Recomendações	40
Complicações	41
Prognóstico	41
Diretrizes	43
Diretrizes de diagnóstico	43
Diretrizes de tratamento	43
Referências	44
Imagens	48
Aviso legal	55

Resumo

- ◇ Os sintomas incluem dor torácica retroesternal intensa e aguda, piorando com a inspiração e em posição supina.
- ◇ O achado físico clássico é um atrito pericárdico. Frequentemente há febre baixa.
- ◇ Os sinais diagnósticos incluem supradesnivelamento eletrocardiográfico difuso do segmento ST e, pelo menos, um pequeno derrame pericárdico na ecocardiografia; os exames de sangue geralmente sugerem inflamação sistêmica.
- ◇ O tratamento é orientado como em qualquer doença sistêmica subjacente. A pericardite idiopática ou viral responde a anti-inflamatórios não esteroidais e à colchicina.
- ◇ As complicações incluem pericardite crônica recorrente, tamponamento cardíaco e pericardite constrictiva.

Definição

A pericardite é uma inflamação do pericárdio. A forma aguda é definida como um novo episódio de inflamação que dura <4-6 semanas. Pode ser tanto fibrinosa (seca) quanto efusiva, com exsudato purulento, seroso ou hemorrágico. Ela é caracterizada clinicamente pela tríade de dor torácica, atrito pericárdico e alterações eletrocardiográficas em série. A pericardite constritiva impede o enchimento diastólico normal e pode ser um meio para complicações tardias de pericardite aguda. A pericardite é a doença mais comum do pericárdio encontrada na prática clínica.

Epidemiologia

A pericardite aguda é mais comum em adultos (tipicamente entre 20 e 50 anos de idade) e em homens.^[7] É a doença mais comum do pericárdio encontrada na prática clínica. A incidência e prevalência reais da doença são desconhecidas e há um grande número de casos não diagnosticados. Entretanto, ela pode ser responsável por até 5% dos comparecimentos ao pronto-socorro com queixas de dor torácica e por até 0.1% das internações hospitalares.^[8]

Etiologia

A pericardite aguda pode ser idiopática ou decorrente de uma afecção sistêmica subjacente (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico). Até 90% dos casos são idiopáticos ou decorrentes de infecções virais (por exemplo, vírus de Coxsackie A9 ou B1-4, Echo 8, caxumba, vírus Epstein-Barr [EBV], citomegalovírus, varicela, rubéola, vírus da imunodeficiência humana [HIV], Parvo-19).^{[2] [3] [9] [10] [11]} Doenças autoimunes sistêmicas (por exemplo, artrite reumatoide, esclerose sistêmica, artrite reativa, febre familiar do Mediterrâneo, vasculite sistêmica, doença inflamatória intestinal) também são uma causa comum.^[12] No entanto, há inúmeras outras causas menos comuns, incluindo infecções bacterianas/fúngicas/parasitárias, processos imunes secundários (por exemplo, febre reumática, síndrome pós-cardiotomia, síndrome pós-IAM), pericardite e derrames pericárdicos em doenças de órgãos circundantes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, miocardite, síndromes paraneoplásicas), distúrbios metabólicos (por exemplo, uremia, mixedema), trauma, neoplasias e determinados medicamentos. Causas fúngicas e medicamentosas são raras.

Em países desenvolvidos, outras causas incluem radioterapia, cirurgia cardíaca, intervenções cardíacas percutâneas e HIV. O *Mycobacterium tuberculosis* é uma causa comum em países em desenvolvimento.^[5] Em geral, a pericardite ocorre de 1 a 3 dias após um infarto agudo do miocárdio (IAM). Ela também pode ocorrer semanas ou meses após um IAM (síndrome de Dressler).^[9]

Fisiopatologia

O pericárdio consiste em um saco fibrosseroso, plável de 2 camadas que recobre a superfície do coração. A camada interna, o pericárdio visceral, adere ao miocárdio. Essa camada possui microvilosidades superficiais que secretam o líquido pericárdico. A camada externa, ou pericárdio parietal, é contígua à camada interna. Essa camada é composta por camadas de colágeno intercaladas com fibras de elastina. Normalmente, ambas as camadas têm apenas de 1 a 2 mm de espessura e um espaço contendo 15 a 35 mL de líquido pericárdico separando-as. O pericárdio é perfundido pelas artérias mamárias internas e é

inervado pelo nervo frênico. O pericárdio protege e envolve o coração. Além disso, ele determina os padrões de enchimento cardíaco, limita a dilatação das câmaras e equilibra a complacência entre os 2 ventrículos.

Todos os sinais e sintomas de pericardite aguda resultam da inflamação do tecido pericárdico. O pericárdio é bem innervado, e a inflamação provoca dor intensa. Geralmente, a formação de um derrame concomitante decorre de uma resposta à inflamação. O pericárdio normal é permeável à água e a eletrólitos, e o líquido pericárdico está em equilíbrio dinâmico com o soro sanguíneo. A inflamação do tecido pericárdico afeta negativamente esse equilíbrio. A produção local de mediadores inflamatórios, como citocinas, fator de necrose tumoral e interleucinas, pode provocar a exsudação do fluido do pericárdio visceral e de moléculas maiores que atraem fluido adicional e afetam a reabsorção.^{[5] [9] [13]}

[Fig-1]

Classificação

Classificação clínica^[1]

A pericardite pode ser classificada pela duração da inflamação, bem como pela etiologia e complicações/sequelas.

A. Pericardite aguda (novo início, <4-6 semanas)

- Síndrome pericárdica inflamatória associada a pelo menos 2 dos seguintes 4 critérios:
 - Dor torácica pericárdica
 - Atritos pericárdicos
 - Novos supradesnivelementos do segmento ST e infradesnivelementos do segmento PR difusos no exame eletrocardiográfico
 - Novo derrame pericárdico ou agravamento.
- Achados de suporte adicionais incluem:
 - Marcadores inflamatórios elevados (isto é, proteína C-reativa, velocidade de hemossedimentação [VHS], contagem leucocitária)
 - Evidências de inflamação pericárdica por técnicas avançadas de exames de imagem (isto é, tomografia computadorizada cardíaca ou ressonância nuclear magnética).
- Podem ser associadas a um derrame pericárdico fibrinoso ou efusivo (seroso ou serossanguinolento).

B. Pericardite incessante

- Os sinais e sintomas duram >4-6 semanas, mas <3 meses sem remissão.

C. Pericardite recorrente

- Recorrência de sinais e sintomas após um episódio inicial documentado de pericardite aguda com um intervalo de intervenção livre de sintomas de ≥4-6 semanas.

D. Pericardite crônica

- Sinais e sintomas persistindo por >3 meses.

Subtipos:

- Constrictiva (causada pelo espessamento crônico do pericárdio)
- Efusiva constrictiva (combinação de derrame tenso no espaço pericárdico e constrição do pericárdio espessado)
- Adesiva (não constrictiva).

Classificação etiológica[1] [2] [3]

A. Infecciosa

1. Viral

- Vírus Coxsackie A9 ou B1-4
- Echo 8
- Caxumba
- Vírus Epstein-Barr (EBV)
- Citomegalovírus
- Varicela
- Rubéola
- vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- Parvo-19

2. Bacteriana

- Pneumocócica
- Meningocócica
- Gonocócica
- Haemophilus
- Clamidal
- Tuberculosos
- Treponema
- Borreliose

3. Fungos

- Cândida
- Histoplasma

4. Parasitários

- Entamoeba histolytica
- Equinococos

B. Associada a doenças autoimunes sistêmicas

- Lúpus eritematoso sistêmico
- Artrite reumatoide
- Esclerose sistêmica
- Artrite reativa
- Febre familiar do Mediterrâneo
- Vasculites sistêmicas

- Doença inflamatória intestinal

C. Processo imune secundário

- Febre reumática
- Síndrome pós-cardiotomia
- Síndrome pós-infarto agudo do miocárdio

D. Pericardite e derrames pericárdicos nas doenças de órgãos circundantes

- Infarto agudo do miocárdio
- Miocardite
- Paraneoplásica

E. Associada a distúrbios metabólicos

- Uremia
- Mixedema

F. Traumática

- Lesão direta
 - Lesão torácica penetrante
 - Perfurações esofágicas
- Lesão indireta
 - Lesão torácica não penetrante
 - Radiação do mediastino

G. Neoplásica

- Tumores primários
- Metástases secundárias
- Carcinoma pulmonar
- Carcinoma de mama
- Leucemia e linfoma
- Gástrica e colônica
- Melanoma
- Sarcoma
- Outros

H. Relacionada a medicamentos

- Síndrome semelhante ao lúpus
 - Procainamida
 - Hidralazina
 - Metildopa
 - Isoniazida
 - Fenitoína

- Agentes quimioterápicos (geralmente com cardiomiopatia associada)
 - Doxorubicina
 - Daunorrubicina
 - Ciclofosfamida
 - Fluoruracila
 - Citarabina
- Reação por hipersensibilidade com eosinofilia
 - Penicilinas
- Outra
 - Amiodarona
 - Tiazidas
 - Sulfas
 - Ciclosporina
 - Inibidores do fator de necrose tumoral (TNF) alfa

I. Idiopática

- As causas idiopáticas e virais são as mais comuns. Distúrbios autoimunes também são uma causa comum. Medicamentos são uma causa rara e fungos são uma causa muito rara.

Prevenção primária

Tratamento com colchicina pode ser benéfico para a prevenção primária da pericardite e de derrames pericárdicos em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.[\[17\]](#) [\[18\]](#) [\[19\]](#)

Prevenção secundária

A colchicina pode oferecer benefícios para a prevenção secundária da pericardite.[\[18\]](#) [\[42\]](#)

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher saudável de 30 anos de idade apresenta uma história de vários dias de dor torácica retroesternal, intensa e progressiva e de natureza aguda e pleurítica. A dor piora ao se deitar e melhora na posição sentada e inclinada para frente. A dor irradia para o pescoço e ombros e especificamente para as bordas do músculo trapézio. A dor é constante e não está relacionada ao esforço físico. No exame físico, ouve-se o atrito pericárdico na expiração final com a paciente inclinada para frente.[4] [5] [6]

Outras apresentações

Um atrito pericárdico monofásico, bifásico ou trifásico é patognomônico de pericardite aguda com virtualmente 100% de especificidade. Entretanto, o atrito pode aparecer e desaparecer por horas, de modo que a sensibilidade baseia-se na frequência da ausculta cardíaca.[6] Em um derrame pericárdico significativo, pode haver sinais de tamponamento cardíaco como taquicardia, taquipneia, pulso paradoxal e tríade de Beck (hipotensão, distensão venosa jugular e sons cardíacos distantes).[7] A presença de febre alta e com picos indica uma etiologia infecciosa. Pode ser relatado um sintoma prodrômico de mialgia e mal-estar, especialmente em adultos jovens.[7]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A pericardite aguda é um diagnóstico clínico. Para se obter um diagnóstico, é necessário combinar os aspectos da história clínica e da apresentação, do exame físico e do eletrocardiograma (ECG). O diagnóstico é confirmado pela presença de pelo menos 2 dos 4 critérios clínicos: dor torácica típica, atrito pericárdico, supradesnivelamento do segmento ST disseminado e derrame pericárdico.[8] [11] [20] [21] [22]

Como a maioria dos casos de pericardite aguda segue uma evolução benigna, principalmente para causas comuns de pericardite aguda em países onde a tuberculose tem baixa prevalência, não é essencial determinar a etiologia em todos os pacientes. Além disso, há um benefício relativamente pequeno das investigações diagnósticas. Entretanto, os pacientes devem ser submetidos a uma triagem para características de alto risco que representam um aumento do risco de complicações.[1]

História

O principal achado na história é a dor torácica central pleurítica constante, que piora na posição de decúbito e irradia para uma ou ambas as bordas dos trapézios (os nervos frênicos inervam tanto o pericárdio quanto as bordas do trapézio). A dor é aguda, com pontadas, pleurítica ou profunda, e pode mimetizar a dor da isquemia ou infarto do miocárdio, particularmente quando é incômoda e semelhante a um aperto. A dor na borda do trapézio é mais específica na dor pericárdica. Quase todos os pacientes relatam dor ao se sentarem e ao se inclinarem para frente. Em geral, a dor é constante, não relacionada com o esforço físico e não tem boa resposta clínica a nitratos.[5] [7] A presença de febre alta associada e com picos sugere uma causa infecciosa.

Os principais fatores de risco incluem sexo masculino, idade entre 20-50 anos, infarto do miocárdio (IAM) transmural, cirurgia cardíaca, neoplasia, infecção viral e bacteriana (por exemplo, vírus Coxsackie A9 ou B1-4, Echo 8, parotidite, vírus Epstein-Barr [EBV], citomegalovírus, varicela, rubéola, vírus da

imunodeficiência humana [HIV], Parvo-19, tuberculose), uremia, tratamento com diálise e doenças autoimunes sistêmicas.[3] [2] Uma história de outras causas subjacentes também pode estar presente, incluindo radioterapia, cirurgia cardíaca, intervenções cardíacas percutâneas e neoplasias.

A pericardite bacteriana é uma entidade relativamente rara na era dos antibióticos. É caracterizada por uma doença aguda com febre alta, taquicardia e tosse. A dor torácica pleurítica ou não pleurítica está presente em um número muito pequeno de pacientes. Os pacientes com pericardite bacteriana pós-operatória apresentam sinais de infecção na ferida operatória esternal ou de mediastinite. O diagnóstico requer um alto índice de suspeita.

Exame físico

A presença de atrito pericárdico no exame físico é o achado principal que dá suporte ao diagnóstico. Ele é mais bem ouvido na borda esternal inferior esquerda e nas bordas cardíacas. A presença de um atrito é 100% específica, mas sua ausência deixa uma incerteza no diagnóstico à beira do leito. O atrito pode aparecer e desaparecer por horas, de modo que a sensibilidade baseia-se na frequência da ausculta cardíaca.[6] Portanto, é importante examinar repetidamente os pacientes com suspeita de pericardite.[9]

Deve-se suspeitar de pericardite constritiva em um paciente com insuficiência cardíaca direita não explicada e com uma história de doença pericárdica ou lesão pericárdica predisponente, mesmo se a lesão tiver ocorrido vários anos antes do quadro clínico.[23] Os sintomas e sinais da insuficiência cardíaca direita incluem fadiga, edema no tornozelo e, em casos graves, ascite.

Investigação inicial

Embora o diagnóstico seja essencialmente clínico, alguns exames são indicados.[5] [7] [3] [22]

Um eletrocardiograma (ECG) é muito importante nos exames iniciais para todos os pacientes. Ocorrem alterações no ECG em 90% dos pacientes. Essas alterações clássicas no ECG são supradesnívelamentos globais do segmento ST (ponto J) com concavidade para cima e infradesnívelamentos do segmento PR na maioria das derivações, com infradesnívelamento do ponto J e supradesnívelamento do segmento PR nas derivações aVR e V1. Se o paciente for examinado logo após o início dos sintomas, os infradesnívelamentos do segmento PR podem ser observados antes do supradesnívelamento do segmento ST. O ECG pode evoluir ao longo de 4 fases: o estágio 1 consiste no supradesnívelamento do segmento ST e ondas T apiculadas, podendo ser revertido e tornar-se normal (estágio 2) ao longo de vários dias ou evoluir para inversão posterior da onda T (estágio 3) e então voltar ao normal (estágio 4).

Os exames de sangue realizados na investigação inicial são:

[Fig-2]

- Hemograma completo: a contagem sanguínea não esclarece definitivamente a causa ou a estratégia de tratamento. Pode-se observar leucocitose com alteração acentuada à esquerda na pericardite purulenta ou em outra etiologia infecciosa[7]
- Ureia: níveis elevados de ureia (particularmente >21.4 mmol/L [>60 mg/dL]) sugerem uma causa urêmica.[7]
- Velocidade de hemossedimentação (VHS): a VHS elevada é consistente com um estado inflamatório[7]
- Proteína C-reativa: a proteína C-reativa elevada é consistente com um estado inflamatório[7]

- Troponinas séricas iniciais e seriais: níveis elevados podem estar presentes e podem refletir um comprometimento do miocárdio, mas o exame não é específico ou sensível.[4] [7] As troponinas plasmáticas permanecem elevadas em 35% a 50% dos pacientes com pericardite. A magnitude da elevação está correlacionada com a extensão do supradesnivelamento do segmento ST e, em alguns pacientes, pode estar no intervalo que se considera diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM). Os níveis retornam ao normal dentro de 1 ou 2 semanas do diagnóstico. Os níveis elevados não parecem ter pior significado prognóstico.

A pericardite purulenta oferece risco de vida imediato e requer confirmação imediata do diagnóstico por pericardiocentese urgente. O líquido pericárdico deve ser testado quanto a causas bacterianas, fúngicas e tuberculosas e deve ser colhido sangue para cultura.

Solicita-se radiografia torácica a todos os pacientes, mas em geral o resultado será normal, a menos que haja um derrame pericárdico extenso associado, no qual se observa uma silhueta cardíaca aumentada e semelhante a uma garrafa d'água. A radiografia torácica também pode demonstrar patologia pulmonar concomitante, fornecendo evidências de tuberculose, doença fúngica, pneumonia ou neoplasia, que podem estar relacionadas à doença.

Testes de acompanhamento

A utilidade das outras modalidades de exames de imagem é limitada para a pericardite aguda não complicada, mas são importantes para avaliar as complicações.[5] [7] A ecocardiografia é indicada especialmente quando há suspeita de tamponamento cardíaco. Ela também pode ajudar a diferenciar a pericardite das síndromes coronarianas agudas. Os supradesnivelamentos globais do segmento ST, na ausência de anormalidades de contratilidade da parede ventricular esquerda (VE), e um derrame pericárdico trivial comprovam o diagnóstico de pericardite aguda. A ecocardiografia não é sensível à inflamação pericárdica na pericardite seca, mas é importante na detecção de derrames pericárdicos. A tomografia computadorizada (TC) do tórax também pode ajudar a diagnosticar pericardite constrictiva ou derrame pericárdico.

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

Se houver suspeita de pericardite tuberculosa, a precisão do diagnóstico poderá ser melhorada com a identificação do organismo no líquido pericárdico ou na biópsia pericárdica. A atividade da adenosina desaminase no derrame pericárdico também pode auxiliar no diagnóstico como marcador adjuvante.[24]

Fatores de risco

Fortes

sexo masculino

- A pericardite aguda é descrita com maior frequência em homens, em particular na forma viral, para a qual há uma proporção de 3:1 entre homens e mulheres.[7]

idade entre 20 e 50 anos

- Esse distúrbio é descrito com maior frequência em adultos com idade entre 20 e 50 anos.[7]

infarto agudo do miocárdio (IAM) transmural

- Após o IAM, podem ocorrer duas formas de pericardite: "precoce" (pericardite epistenocárdica) e "tardia" (síndrome de Dressler).[13] [14] A forma precoce é causada pela inflamação local na borda do IAM epicárdico com exsudação direta. Ocorre em 5% a 20% dos IAMs transmurais, mas geralmente não é reconhecida clinicamente. A forma tardia ocorre dentro de 1 semana a vários meses após o infarto, e não é necessário que tenha havido um infarto transmural. Sua incidência é de 0.5% a 5% (e <0.5% em pacientes tratados com trombolíticos). A incidência da pericardite após o IAM transmural diminuiu desde o início do uso de trombolíticos e da revascularização miocárdica.

cirurgia cardíaca

- A síndrome pós-pericardiotomia foi relatada em até 20% dos casos 4 semanas após o enxerto coronariano. Ela se desenvolve dentro de dias até meses do período pós-operatório. Em comparação com a síndrome pós-infarto, há uma resposta maior de antimiocárdio (antissarcólêmicos e antifibrilatório) com uma maior liberação de antígenos.[1] [5]

neoplasia

- A pericardite geralmente resulta de uma invasão de um tumor local, da disseminação linfática ou hematogênica de uma neoplasia maligna. A doença pericárdica maligna primária é rara.[2] [5]

infecção viral e infecção bacteriana

- A pericardite viral é a causa mais comum de infecção pericárdica.[1] [5] A inflamação é decorrente do ataque viral direto e/ou de uma resposta imune (antiviral ou anticárdica).
- A pericardite bacteriana é uma pericardite purulenta causada por patógenos bacterianos e ocorre em 5% dos casos. A infecção pericárdica pode ocorrer por disseminação hematogênica ou por extensão direta oriunda de órgãos adjacentes, em especial dos pulmões e/ou do espaço pleural.
- Em países desenvolvidos, 4% dos casos de pericardite aguda são decorrentes do Mycobacterium tuberculosis.[15]

uremia ou em diálise

- Existem duas formas: pericardite urêmica e pericardite associada à diálise. A pericardite urêmica é relatada em 6% a 10% dos pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica, antes ou logo após a instituição da diálise. A probabilidade de ocorrência da pericardite aumenta com a intensidade da azotemia (nitrogênio ureico no sangue >21.4 mmol/L [>60 mg/dL]).[1]
- A pericardite associada à diálise é relatada em até 13% dos pacientes que recebem hemodiálise crônica. Ocasionalmente, observa-se em pacientes em diálise peritoneal que não foram submetidos à diálise de forma adequada. A maioria dos pacientes responde à diálise intensiva dentro de 1 ou 2 semanas.

doenças autoimunes sistêmicas

- Normalmente, a pericardite está associada a doenças como artrite reumatoide e lúpus, mas nem sempre se apresenta clinicamente.[1]

Fracos

lesão pericárdica

- Ocorre de semanas a meses após o evento.

radiação do mediastino

- A pericardite exsudativa aguda associada à radioterapia é rara. A pericardite aguda tardia é mais comum e ocorre semanas após a radioterapia. Geralmente se manifesta como derrame pericárdico assintomático ou pericardite sintomática. A pericardite crônica tardia pode se apresentar semanas a anos após a radioterapia e causar pericardite constrictiva.[16]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem sexo masculino, idade entre 20 e 50 anos, infarto agudo do miocárdio (IAM) transmural, cirurgia cardíaca, neoplasia, infecção viral e bacteriana, uremia, tratamento por diálise e distúrbios autoimunes sistêmicos.

dor torácica (comum)

- Este é o sintoma mais comum e ocorre em mais de 85% dos casos.[1] A dor é aguda, com pontadas, pleurítica ou profunda e pode mimetizar a dor da isquemia ou infarto do miocárdio, particularmente quando é incômoda e semelhante a um aperto. A dor na borda do trapézio é mais específica na dor pericárdica. Quase todos os pacientes relatam dor ao se sentarem e ao se inclinarem para frente. Em geral, a dor é constante, não relacionada com o esforço físico e não tem boa resposta clínica a nitratos.[5] [7]

atrito pericárdico (comum)

- Ocorre em <33% dos casos.[1] O atrito, quando presente, é descrito como um som agudo ou chiado. Ele é mais bem ouvido na borda esternal esquerda com o paciente inclinado para frente no final da expiração.[4]

Outros fatores de diagnóstico

febre (incomum)

- Indica uma etiologia infecciosa, particularmente quando é alta ou com picos.[5] [7]

mialgias (incomum)

- Um pródromo de mialgia e mal-estar pode estar presente com qualquer causa de pericardite aguda, especialmente em adultos jovens.

signais de insuficiência cardíaca direita (incomum)

- Os sintomas e sinais da insuficiência cardíaca direita incluem fadiga, edema no tornozelo e, em casos graves, ascite.
- Deve-se suspeitar de pericardite constrictiva em um paciente com insuficiência cardíaca direita não explicada e com uma história de doença pericárdica ou lesão pericárdica predisponente, mesmo se a lesão tiver ocorrido vários anos antes do quadro clínico.[23]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
eletrocardiograma (ECG) <ul style="list-style-type: none"> Este é o teste diagnóstico mais útil e deve ser solicitado em todos os pacientes. Essas alterações clássicas no ECG são supradesnivelementos globais com concavidade para cima no segmento ST (ponto J) com infradesnivelementos no segmento PR, na maioria das derivações com infradesnivelemento no ponto J e supradesnivelemento do segmento PR nas derivações aVR e V1. Se o paciente for examinado logo após o início dos sintomas, os infradesnivelementos do segmento PR podem ser observados antes do supradesnivelemento do segmento ST. [Fig-2] Em 60% dos pacientes ocorrem alterações no ECG.[1] A evolução temporal das alterações no ECG é altamente variável. 	supradesnivelemento do segmento ST com concavidade para cima globalmente com infradesnivelemento do segmento PR
troponina sérica <ul style="list-style-type: none"> A troponina sérica pode ser solicitada para todos os pacientes no início dos sintomas e posteriormente em série.[4] [7] Níveis elevados podem estar presentes e podem refletir um comprometimento do miocárdio. As troponinas plasmáticas permanecem elevadas em 35% a 50% dos pacientes com pericardite. A magnitude da elevação está correlacionada com a extensão do supradesnivelemento do segmento ST. Em alguns pacientes, os níveis podem estar no intervalo que se considera diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Os níveis retornam ao normal dentro de 1 ou 2 semanas após o diagnóstico. Os níveis elevados não parecem ter pior significado prognóstico. Esse exame não é específico ou sensível. 	com discreta elevação
líquido pericárdico/hemocultura <ul style="list-style-type: none"> A pericardite purulenta oferece risco de vida imediato e requer confirmação imediata do diagnóstico por pericardiocentese urgente. O líquido pericárdico deve ser testado quanto a causas bacterianas, fúngicas e tuberculosas e deve ser colhido sangue para cultura. 	positiva para causa infecciosa
Velocidade de hemossedimentação (VHS) <ul style="list-style-type: none"> A VHS elevada é consistente com um estado inflamatório.[7] Medições seriadas podem ser úteis para monitoramento da atividade da doença e da resposta à terapia. 	pode estar elevada
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> A proteína C-reativa elevada é consistente com um estado inflamatório.[7] Medições seriadas podem ser úteis para monitoramento da atividade da doença e da resposta à terapia. 	pode estar elevada
ureia sérica <ul style="list-style-type: none"> Níveis elevados de ureia (particularmente >21.4 mmol/L [>60 mg/dL]) sugerem uma causa urêmica.[7] 	elevada >21.4 mmol/L (>60 mg/dL) na insuficiência renal

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> A contagem sanguínea não esclarece definitivamente a causa ou a estratégia de tratamento. Pode-se observar leucocitose com alteração acentuada à esquerda na pericardite purulenta ou em outras etiologias infecciosas.[7] 	leucócitos elevados
radiografia torácica <ul style="list-style-type: none"> Geralmente normal, a menos que haja um derrame pericárdico extenso (>300 mL) e, nesse caso, o índice cardiotorácico será maior.[1] Também pode demonstrar patologia pulmonar concomitante, fornecendo evidências de tuberculose, doença fúngica, pneumonia ou neoplasia que podem estar relacionadas com a doença. 	normal ou silhueta cardíaca aumentada semelhante a uma garrafa d'água
ecocardiografia <ul style="list-style-type: none"> Indicada especialmente quando há suspeita de tamponamento cardíaco. Pode potencialmente ajudar a as síndromes coronarianas agudas. Os supradesníveis do segmento ST globais, na ausência de anormalidades de contratilidade da parede VE, e um derrame pericárdico trivial comprovam o diagnóstico de pericardite aguda. Não é sensível à inflamação pericárdica na pericardite seca, mas é importante na detecção de derrames pericárdicos, que são encontrados em até 60% dos casos e geralmente são de tamanho pequeno.[25] [1] 	pode mostrar derrame pericárdico; ausência de anormalidades de contratilidade da parede ventricular esquerda (VE)

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
tomografia computadorizada (TC) do tórax ou ressonância nuclear magnética (RNM) cardíaca <ul style="list-style-type: none"> Quando o quadro clínico sugere algo diferente de pericardite não complicada ou quando a apresentação é atípica, exames adicionais de imagem como TC e RNM podem ser úteis.[25] Pode detectar complicações, como derrame pericárdico ou pericardite constrictiva, especialmente quando os achados ecocardiográficos são inconclusivos. Informações diagnósticas adicionais também podem ser obtidas quando há trauma torácico associado, especialmente se penetrante, ou em cenários de infarto agudo do miocárdio, carcinoma, infecção pulmonar ou torácica ou pancreatite. Em casos de suspeita de pericardite constrictiva, a TC e a RNM oferecem medidas precisas de espessura pericárdica e extensão do espessamento pericárdico, que podem ser úteis para o planejamento pré-operatório antes da pericardiectomia. 	derrame pericárdico ou pericardite constrictiva (os achados incluem aumento da espessura pericárdica, calcificação, contornos ventriculares deformados, dilatação da veia cava inferior e angulação do septo ventricular)

[Fig-4]

[Fig-5]

Exame	Resultado
pericardiocentese/biópsia <ul style="list-style-type: none"> Se houver suspeita de pericardite tuberculosa, a precisão do diagnóstico poderá ser melhorada com a identificação do organismo no líquido pericárdico ou na biópsia pericárdica.[26] A atividade da adenosina desaminase no derrame pericárdico também pode auxiliar no diagnóstico como marcador adjuvante.[24] 	bacilos álcool-ácido resistentes, cultura positiva de <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Infarto do miocárdio ou isquemia	<ul style="list-style-type: none"> A dor torácica é descrita como uma sensação de pressão, peso ou aperto, e responde à nitroglicerina. Em geral, não apresenta variação com mudanças na respiração ou na posição. A duração da dor é de minutos a horas, em vez de horas a dias. Em geral, não ocorre o atrito pericárdico (a menos que haja uma pericardite associada).[4] [13] [27] 	<ul style="list-style-type: none"> O eletrocardiograma (ECG) pode exibir supradesniveamentos do segmento ST convexos na distribuição das artérias coronárias; ondas Q podem estar presentes; o infradesniveamento do segmento PR é raro; ondas T invertidas quando os segmentos ST ainda estão elevados. Presença de elevação significativa de troponina sérica e de enzimas cardíacas se houver dano miocárdico.
Embolia pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> A dor torácica pode ser anterior, posterior ou lateral em relação ao local. É concomitante com a respiração (não há dor torácica quando o paciente para de respirar) e não está relacionada à posição. O atrito pericárdico raramente está presente. O atrito pleural pode ser detectado em 3% dos pacientes.[4] [6] [13] [27] 	<ul style="list-style-type: none"> O ECG pode exibir supradesniveamentos do segmento ST limitados às derivações III, aVF e V1; nenhum infradesniveamento de PR; ondas Q nas derivações III e/ou aVF; ondas T invertidas nas derivações II; derivações aVF, precordiais anteriores enquanto os segmentos ST estão elevados.
Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> Está associada à tosse e febre. Observe que a presença de pneumonia também pode estar relacionada à pericardite concomitante. 	<ul style="list-style-type: none"> Uma radiografia torácica pode demonstrar evidências de infiltrados. A ausência de achados no ECG concomitante que comprova a pericardite descarta comprometimento pericárdico significativo.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Pneumotórax	<ul style="list-style-type: none"> Muitos dos sinais e sintomas podem se sobrepor, incluindo início súbito de dispneia, taquicardia e dor torácica. A dor na pericardite pode ter estar relacionada à posição. Em geral, o exame físico revela a ausência de murmúrios vesiculares unilateralmente. O desvio traqueal também pode estar presente. 	<ul style="list-style-type: none"> A radiografia torácica confirma o colapso pulmonar.
Costocondrite	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer dor reproduzível à palpação das junções costocondrais. A dor é exacerbada pelo movimento do tronco. O exame físico geralmente é normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ECG normal. A ecocardiografia não demonstra evidências de envolvimento pericárdico.

Critérios de diagnóstico

Classificação clínica[1]

A pericardite pode ser classificada pela duração da inflamação, bem como pela etiologia e complicações/sequelas.

A. Pericardite aguda (novo início, <4-6 semanas)

- Síndrome pericárdica inflamatória associada a pelo menos 2 dos seguintes 4 critérios:
 - Dor torácica pericárdica
 - Atritos pericárdicos
 - Novos supradesniveamentos do segmento ST e infradesniveamentos do segmento PR difusos no exame eletrocardiográfico
 - Novo derrame pericárdico ou agravamento.
- Achados de suporte adicionais incluem:
 - Marcadores inflamatórios elevados (isto é, proteína C-reativa, velocidade de hemossedimentação [VHS], contagem leucocitária)
 - Evidências de inflamação pericárdica por técnicas avançadas de exames de imagem (isto é, tomografia computadorizada cardíaca ou ressonância nuclear magnética).
- Podem ser associadas a um derrame pericárdico fibrinoso ou efusivo (seroso ou serossanguinolento).

B. Pericardite incessante

- Os sinais e sintomas duram >4-6 semanas, mas <3 meses sem remissão.

C. Pericardite recorrente

- Recorrência de sinais e sintomas após um episódio inicial documentado de pericardite aguda com um intervalo de intervenção livre de sintomas de ≥ 4 -6 semanas.

D. Pericardite crônica

- Sinais e sintomas persistindo por >3 meses.

Subtipos:

- Constrictiva (causada pelo espessamento crônico do pericárdio)
- Efusiva constrictiva (combinação de derrame tenso no espaço pericárdico e constrição do pericárdio espessado)
- Adesiva (não constrictiva).

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento é orientado para qualquer doença subjacente com manejo de apoio direcionado ao alívio dos sintomas. Em geral, recomenda-se a internação para determinar a etiologia, observar complicações como tamponamento cardíaco e medir a resposta à terapia.

Triagem de pacientes com pericardite aguda

Todo paciente com um quadro clínico que sugira uma etiologia subjacente deve ser internado para tratamento e determinação da etiologia.^[1]

Pacientes com pelo menos um preditor de prognóstico desfavorável (fatores de risco importantes e menos importantes abaixo) também devem ser internados.^[1]

Fatores de risco importantes:

- Febre alta (isto é, $>38^{\circ}\text{C}$ [$>100.4^{\circ}\text{F}$])
- Evolução subaguda (isto é, sintomas ao longo de vários dias sem um início agudo bem definido)
- Evidências de um derrame pericárdico extenso (isto é, espaço diastólico sem eco $>20\text{ mm}$)
- Tamponamento cardíaco
- Fracasso na resposta dentro de 7 dias a um anti-inflamatório não esteroideal (AINE).

Fatores de risco menos importantes:

- Pericardite associada a miocardite (miopericardite)
- Imunossupressão
- Trauma
- Terapia anticoagulante oral.

Pacientes com qualquer um desses fatores de risco justificam observação cuidadosa e acompanhamento. Pacientes que não apresentam nenhuma dessas características podem ser tratados como pacientes ambulatoriais se tal for adequado. Nesses casos, o paciente deve começar o tratamento (isto é, anti-inflamatórios empíricos) com acompanhamento após 1 semana para avaliar a resposta ao tratamento.^[1]

Derrame pericárdico

Em caso de derrame pericárdico, a pericardiocentese é indicada para o tamponamento clínico, para alta suspeita de pericardite purulenta ou neoplásica ou se o derrame for intenso ou sintomático.^[1] Na ausência dessas indicações, a terapia medicamentosa é iniciada conforme determinado pela causa.

Doença purulenta

A pericardite purulenta oferece risco de vida imediato e requer confirmação imediata do diagnóstico por pericardiocentese urgente. O líquido pericárdico deve ser testado quanto a causas bacterianas, fúngicas e tuberculosas e deve ser colhido sangue para cultura.

Se houver suspeita de pericardite purulenta, será obrigatória uma pericardiocentese percutânea urgente com lavagem da cavidade pericárdica e antibióticos intravenosos. O tratamento inicial com antibióticos empíricos envolve um antibiótico antiestafilocócico associado a um aminoglicosídeo, com a posterior personalização dos antibióticos, dependendo dos patógenos subjacentes identificados na hemocultura e na cultura do líquido pericárdico.^[1] A terapia com antibióticos sistêmicos deve ser mantida até que a

febre e os sinais clínicos de infecção, incluindo a leucocitose, tenham remitado.[3] Deve-se considerar uma avaliação por um infectologista.

Para manejo dos sintomas, também deve-se administrar um AINE imediatamente no momento do diagnóstico e mantê-lo por 4 semanas junto com um inibidor da bomba de prótons para reduzir os efeitos adversos gastrointestinais.[4] [5] [9] A colchicina não é recomendada para esses pacientes.

É necessária também a drenagem cirúrgica aberta via pericardiectomia subxifoide.[1] Nesses pacientes, a pericardiectomia é necessária na presença de aderências ou loculações densas, bacteremia persistente, tamponamento recorrente ou progressão para fisiologia constritiva.[1] [21]

[Fig-6]

Doença não purulenta: primeira apresentação

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são administrados para o alívio sintomático.[4] [8] [11] [21] Eles reduzem a febre, a dor torácica e a inflamação, mas não impedem o tamponamento, a constrição ou a pericardite recidivante. Os AINEs são administrados como primeira linha por 4 semanas, juntamente com um inibidor da bomba de prótons para diminuir o risco de efeitos adversos gastrointestinais (por exemplo, formação de úlcera).[4] [9] É preferível o uso de ibuprofeno em decorrência de seu perfil favorável de efeitos colaterais comparado a outros medicamentos de sua categoria. Entretanto, a aspirina é preferida para pericardite pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), já que outros AINEs afetam de modo adverso a cicatrização e o fluxo coronário do miocárdio. Se a aspirina em altas doses não for eficaz, pode-se considerar paracetamol ou um analgésico opioide. Glicocorticoides e AINEs não são recomendados para pericardite pós-IAM devido ao potencial de dano.[28]

A colchicina é recomendada como terapia adjuvante de primeira linha aos AINEs, uma vez que melhora a resposta, diminui as recorrências e aumenta as taxas de remissão. Ela é administrada por 3 meses nesse contexto.[1] [11] [29] A adição da colchicina deve ser considerada em pacientes com síndromes com lesão pós-cardiotomia (por exemplo, síndrome de Dressler, que geralmente ocorre 1-2 semanas após um IAM, ou pós-cirurgia cardíaca), desde que não haja contra-indicações e que seja bem tolerada. Recomenda-se a administração preventiva por 1 mês. Deve-se considerar acompanhamento cuidadoso com ecocardiografia a cada 6 a 12 meses de acordo com as características clínicas e sintomas para descartar possível evolução para pericardite constritiva.[1]

Nos casos de pericardite idiopática ou viral, se a dor torácica não apresentar remissão após 2 semanas, um corticosteroide poderá ser considerado como opção em pacientes que não respondem à terapia anti-inflamatória, ou em pacientes nos quais um AINE é contraindicado, quando uma causa infecciosa tiver sido descartada. Os corticosteroides não são recomendados em pacientes com pericardite viral por conta do risco de reativação da infecção viral e de inflamação contínua. Eles também podem ser usados quando há uma indicação específica para seu uso (por exemplo, a presença de uma doença autoimune). Eles são usados em combinação com colchicina para essa indicação. Os corticosteroides são menos favoráveis em comparação aos AINEs devido aos riscos de promover a evolução crônica da doença e dependência medicamentosa. Se usados, dá-se preferência a doses baixas a moderadas em relação a doses altas. A dose inicial deve ser mantida até a remissão dos sintomas e a normalização do nível de proteína C-reativa. Quando isso for atingido, a dose poderá ser reduzida gradualmente.[1]

Além do tratamento acima, a causa subjacente também deve ser tratada, caso ela seja conhecida. As causas subjacentes incluem infecções virais (por exemplo, vírus Cocksackie A9, B1-4, Echo 8, caxumba, vírus Epstein-Barr [EBV], citomegalovírus, varicela, rubéola, vírus da imunodeficiência humana [HIV], Parvo-19), tuberculose (uma causa comum em países em desenvolvimento), processos imunes

secundários (por exemplo, febre reumática, síndrome pós-cardiotomia, síndrome pós-IAM), distúrbios metabólicos (por exemplo, uremia e mixedema), radioterapia, cirurgia cardíaca, intervenções cardíacas percutâneas, doenças autoimunes sistêmicas (por exemplo, artrite reumatoide, esclerose sistêmica, artrite reativa, febre familiar do Mediterrâneo, vasculites sistêmicas, doença inflamatória intestinal), infecções bacterianas/fúngicas/parasitárias, trauma, determinados medicamentos e neoplasias.

Em pacientes com pericardite tuberculosa, o tratamento de primeira linha é de 4 a 6 semanas com terapia antituberculosa.[1] [3] [30] [8] [21] Quando a pericardite tuberculosa é confirmada em uma área não endêmica, um esquema terapêutico adequado de 6 meses é eficaz; não é necessária terapia empírica na ausência de um diagnóstico estabelecido em áreas não endêmicas.[1] A terapia adjuvante com corticosteroides e imunoterapia não demonstrou ser benéfica.[31] No entanto, os corticosteroides podem ser considerados em pacientes com pericardite tuberculosa HIV-negativos. Recomenda-se pericardiectomia se o paciente não melhorar ou estiver piorando após 4 a 8 semanas de terapia antituberculose.[1] A maioria dos pacientes com pericardite urêmica responde à diálise intensiva dentro de 1 a 2 semanas. Doenças autoimunes são tratadas com corticosteroides e/ou outras terapias imunossupressoras, dependendo do quadro clínico específico. O tratamento de neoplasias pode envolver qualquer combinação de radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, dependendo do tipo de tumor identificado.[21] [22] Pacientes com pericardite viral podem se beneficiar de terapia antiviral específica; no entanto, um infectologista deve ser envolvido.

Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

Doença não purulenta: recorrente

No caso de pericardite recorrente, os pacientes são tratados com um AINE associado a colchicina, bem como restrição de exercícios. O AINE deve ser continuado até a remissão dos sintomas, e a colchicina deve ser continuada por 6 meses para prevenir recorrência. Pode-se considerar o prolongamento da terapia para colchicina em casos de resistência. Os níveis de proteína C-reativa devem ser usados para orientar a terapia e a resposta. Quando a proteína C-reativa estiver normalizada, a terapia medicamentosa poderá ser reduzida gradualmente de acordo com os sintomas e o nível de proteína C-reativa.[1]

Em pacientes que não respondem à associação de um AINE e colchicina, a corticoterapia pode ser considerada em pacientes durante a apresentação inicial. Terapias de terceira linha na doença recorrente consistem em imunossupressores, incluindo imunoglobulina intravenosa (IGIV), anakinra e azatioprina. Essas terapias devem ser usadas em consulta com um reumatologista.[1] [11] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38]

Em pacientes com recorrência sintomática persistente, refratária a todos os tratamentos clínicos, recomenda-se pericardiotomia.[1] Na pericardite tuberculosa, os pacientes que apresentam derrames recorrentes ou evidências de fisiologia constritiva, apesar da terapia medicamentosa, são tratados cirurgicamente com a pericardiectomia.[3] Particularmente recomendada se o quadro clínico do paciente não melhorar ou estiver piorando após 4 a 8 semanas de terapia antituberculose. Recomendam-se medicamentos antituberculose padrão por 6 meses para a prevenção da constrição pericárdica tuberculosa.[1]

[Fig-7]

Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial (resumo)		
na apresentação inicial		
	1a	triagem e considerar internação hospitalar
Agudo (resumo)		
tamponamento ou derrame sintomático		
	1a	pericardiocentese
purulenta		
	1a	pericardiocentese + antibióticos sistêmicos
	mais	anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
	mais	inibidor da bomba de prótons
	mais	restrição de exercícios
	2a	pericardiectomia
não purulenta		
■ idiopática ou viral	1a	anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
	mais	inibidor da bomba de prótons
	mais	colchicina
	mais	restrição de exercícios
	adjunto	terapia antiviral
	2a	corticosteroides
	mais	colchicina
	mais	restrição de exercícios
	1a	tratamento da causa subjacente
	mais	anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
■ não idiopática ou viral	mais	inibidor da bomba de prótons
	adjunto	colchicina
	mais	restrição de exercícios

Em curso		(resumo)
doença recorrente		
	1a	anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
	mais	inibidor da bomba de prótons
	mais	colchicina
	mais	restrição de exercícios
	mais	tratamento da causa subjacente
	2a	corticosteroides
	mais	restrição de exercícios
	3a	imunossupressor
	mais	restrição de exercícios
	4a	pericardiectomia
	mais	restrição de exercícios

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial

na apresentação inicial

1a triagem e considerar internação hospitalar

- » Todo paciente com um quadro clínico que sugira uma etiologia subjacente deve ser internado para tratamento e determinação da etiologia.[1]
- » Pacientes com pelo menos um preditor de prognóstico desfavorável (fatores de risco importantes e menos importantes abaixo) também devem ser internados.[1] Pacientes com qualquer um desses fatores de risco justificam observação cuidadosa e acompanhamento.
- » Os fatores de risco importantes incluem: febre alta (isto é, $>38^{\circ}\text{C}$ [$>100.4^{\circ}\text{F}$]); evolução subaguda (isto é, sintomas ao longo de vários dias sem um início agudo bem definido); evidência de um derrame pericárdico extenso (isto é, espaço diastólico sem eco $>20\text{ mm}$); tamponamento cardíaco; fracasso na resposta a um anti-inflamatório não esteroide (AINE) nos primeiros 7 dias.
- » Os fatores de risco menos importantes incluem: pericardite associada à miocardite (miopericardite); imunossupressão; trauma; terapia anticoagulante oral.
- » Pacientes que não apresentam nenhuma dessas características podem ser tratados como pacientes ambulatoriais se tal for adequado. Nesses casos, o paciente deve começar o tratamento (isto é, anti-inflamatórios empíricos) com acompanhamento após 1 semana para avaliar a resposta ao tratamento.[1]

Agudo

tamponamento ou derrame sintomático

1a pericardiocentese

- » A pericardiocentese é indicada para o tamponamento clínico, para suspeita elevada de pericardite purulenta ou neoplásica ou se o derrame for intenso ou sintomático.[1] [21] [22]

Agudo**purulenta****1a pericardiocentese + antibióticos sistêmicos****Opções primárias**

» **vancomicina**: 30 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em 2 doses fracionadas, máximo de 2 g/dia

--E--

» **ceftriaxona**: 2 g/dia por via intravenosa uma vez ao dia

-ou-

» **gentamicina**: 3 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em 2-3 doses fracionadas

OU

» **imipeném/cilastatina**: 500 mg por via intravenosa a cada 6 horas
A dose refere-se ao componente de imipeném.

OU

» **meropeném**: 1 g por via intravenosa a cada 6 horas

OU

» **ticarcilina/ácido clavulânico**: 3.1 g por via intravenosa a cada 6 horas
A dose consiste em 3 g de ticarcilina associada a 0.1 g de ácido clavulânico.

OU

» **piperacilina/tazobactam**: 3.375 g por via intravenosa a cada 6 horas
A dose consiste em 3 g de piperacilina associados a 0.375 g de tazobactam.

OU

» **ampicilina/sulbactam**: 3 g por via intravenosa a cada 6 horas
A dose consiste em 2 g de ampicilina associados a 1 g de sulbactam.

OU

» **cefepima**: 2 g por via intravenosa a cada 12 horas

Agudo

- » A pericardite purulenta oferece risco de vida imediato e requer confirmação imediata do diagnóstico por pericardiocentese urgente. O líquido pericárdico deve ser testado quanto a causas bacterianas, fúngicas e tuberculosas e deve ser colhido sangue para cultura.
- » A lavagem urgente da cavidade pericárdica e a administração de antibióticos intravenosos são obrigatórias.[21] [22]
- » O tratamento inicial com antibióticos empíricos envolve um antibiótico antiestafilocócico associado a um aminoglicosídeo, com a posterior personalização dos antibióticos, dependendo dos patógenos subjacentes identificados na hemocultura e na cultura do líquido pericárdico.[1]
- » A terapia com antibióticos sistêmicos deve ser mantida até que a febre e os sinais clínicos de infecção, incluindo a leucocitose, tenham remitido. Deve-se considerar uma avaliação por um infectologista.

mais

anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

- » **ibuprofeno**: 600 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 200-400 mg a cada 1-2 semanas

OU

- » **aspirina**: 750-1000 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 250-500 mg a cada 1-2 semanas

» Para manejo dos sintomas, deve-se administrar um AINE imediatamente no momento do diagnóstico e mantê-lo por 4 semanas.[4] [5] [9] AINEs reduzem a febre, a dor torácica e a inflamação, mas não impedem o tamponamento, a constrição ou a pericardite recorrente.[21] [22]

» A escolha do medicamento é baseada nas características do paciente (por exemplo, contraindicações, eficácia anterior ou efeitos colaterais), na presença de doenças concomitantes (por exemplo, é preferível aspirina em vez de outros AINEs se a terapia antiagregante plaquetária for necessária) e na experiência do médico.

Agudo

mais

inibidor da bomba de prótons

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **omeprazol**: 20 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **pantoprazol**: 40 mg por via oral uma vez ao dia

» Em virtude das altas doses de AINEs usadas, deve-se administrar um inibidor da bomba de prótons juntamente com a terapia com AINE, para proteger contra a formação de úlcera gastrointestinal.[4] [9] [21] [22]

mais

restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

2a

pericardiectomia

» Deve-se considerar a drenagem cirúrgica aberta via pericardiectomia subxifoide.[1]

» A pericardiectomia é necessária na presença de aderências ou loculações densas, bacteremia persistente, tamponamento recorrente ou progressão para fisiologia constritiva.[1] [21] [Fig-6]

não purulenta

■ **idiopática ou viral**

1a

anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 600 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 200-400 mg a cada 1-2 semanas

OU

» **aspirina**: 750-1000 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 250-500 mg a cada 1-2 semanas

» Para manejo dos sintomas, deve-se administrar um AINE imediatamente no

Agudo

momento do diagnóstico e mantê-lo por 4 semanas.[4] [5] [9] AINEs reduzem a febre, a dor torácica e a inflamação, mas não impedem o tamponamento, a constrição ou a pericardite recorrente.[21] [22]

» A escolha do medicamento é baseada nas características do paciente (por exemplo, contraindicações, eficácia anterior ou efeitos colaterais), na presença de doenças concomitantes (por exemplo, é preferível aspirina em vez de outros AINEs se a terapia antiagregante plaquetária for necessária) e na experiência do médico.

mais inibidor da bomba de prótons

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **omeprazol**: 20 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **pantoprazol**: 40 mg por via oral uma vez ao dia

» Em virtude das altas doses de AINEs usadas, deve-se administrar um inibidor da bomba de prótons juntamente com a terapia com AINE, para proteger contra a formação de úlcera gastrointestinal.[4] [9] [21] [22]

mais colchicina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **colchicina**: peso corporal <70 kg: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia por 3 meses, podendo reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia em dias alternados nas últimas semanas do tratamento; peso corporal ≥70 kg: 0.5 mg por via oral duas vezes ao dia por 3 meses, podendo reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia nas últimas semanas do tratamento

» Melhora a resposta, diminui a recorrência e aumenta as taxas de remissão. Ela é administrada por 3 meses nesse contexto.[1] [11] [29]

» Embora não seja obrigatório reduzir a dose gradualmente, isso pode ser considerado nas

Agudo

últimas semanas do tratamento para prevenir a persistência dos sintomas e recorrência.

» Antes do início do tratamento, sugere-se a realização de um hemograma completo inicial, uma vez que a colchicina pode causar neutropenia e supressão da medula óssea. É importante ter cautela com pacientes com comprometimento renal e hepático, pois seu uso pode ser contraindicado em pacientes que tomam determinados medicamentos.

mais restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.^{[1] [9] [21]}

adjunto terapia antiviral

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pacientes com pericardite viral podem se beneficiar de terapia antiviral específica; no entanto, um infectologista deve ser envolvido.

2a corticosteroides

Opções primárias

» **prednisolona:** 0.25 a 0.5 mg/kg/dia por via oral, reduzir a dose gradualmente após a resolução dos sintomas e normalização da proteína C-reativa
O regime de redução gradual depende da dose inicial. Dose inicial >50 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 10 mg/dia a cada 1-2 semanas); dose inicial 25-50 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 5-10 mg/dia a cada 1-2 semanas); dose inicial 15-25 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 2.5 mg/dia a cada 2-4 semanas); dose inicial <15 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 1.25 a 2.5 mg/dia a cada 2-6 semanas).

» Pode ser considerado em pacientes que não respondem à terapia anti-inflamatória ou nos quais um AINE é contraindicado quando uma causa infecciosa foi descartada. Os corticosteroides não são recomendados em pacientes com pericardite viral por conta do risco de reativação da infecção viral e de inflamação contínua. Também podem ser usados quando há uma indicação específica para seu uso (por exemplo, presença de uma doença autoimune).^[1]

Agudo

» Devem ser usados em combinação com colchicina para essa indicação.[1]

» Menos favoráveis em comparação aos AINEs devido aos riscos de promover a evolução crônica da doença e dependência medicamentosa.[1]

» Se usados, dá-se preferência a doses baixas a moderadas em relação a doses altas. A dose inicial deve ser mantida até a remissão dos sintomas e a normalização do nível de proteína C-reativa. Quando isso for atingido, a dose poderá ser reduzida gradualmente.

mais colchicina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **colchicina**: peso corporal <70 kg: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia por 3 meses, podendo reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia em dias alternados nas últimas semanas do tratamento; peso corporal ≥70 kg: 0.5 mg por via oral duas vezes ao dia por 3 meses, podendo reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia nas últimas semanas do tratamento

» Melhora a resposta, diminui a recorrência e aumenta as taxas de remissão. Ela é administrada por 3 meses nesse contexto.[1] [11] [29]

» Embora não seja obrigatório reduzir a dose gradualmente, isso pode ser considerado nas últimas semanas do tratamento para prevenir a persistência dos sintomas e recorrência.

» Antes do início do tratamento, sugere-se a realização de um hemograma completo inicial, uma vez que a colchicina pode causar neutropenia e supressão da medula óssea. É importante ter cautela com pacientes com comprometimento renal e hepático, pois seu uso pode ser contraindicado em pacientes que tomam determinados medicamentos.

mais restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

■ não idiopática ou viral

1a

tratamento da causa subjacente

Agudo

» As causas subjacentes incluem tuberculose (uma causa comum em países em desenvolvimento), processos imunes secundários (por exemplo, febre reumática, síndrome pós-cardiotomia, síndrome pós-IAM), distúrbios metabólicos (por exemplo, uremia e mixedema), radioterapia, cirurgia cardíaca, intervenções cardíacas percutâneas, doenças autoimunes sistêmicas (por exemplo, artrite reumatoide, esclerose sistêmica, artrite reativa, febre familiar do Mediterrâneo, vasculites sistêmicas, doença inflamatória intestinal), infecções bacterianas/fúngicas/parasitárias, trauma, determinados medicamentos e neoplasias.

» Em pacientes com pericardite tuberculosa, o tratamento de primeira linha é de 4 a 6 semanas com terapia antituberculosa.[1] Quando a pericardite tuberculosa é confirmada em uma área não endêmica, um esquema terapêutico adequado de 6 meses é eficaz; não é necessária terapia empírica na ausência de um diagnóstico estabelecido em áreas não endêmicas.[1] A terapia adjuvante com corticosteroides e imunoterapia não demonstrou ser benéfica.[31] No entanto, os corticosteroides podem ser considerados em pacientes com pericardite tuberculosa HIV-negativos. Recomenda-se pericardiectomia se o paciente não melhorar ou estiver piorando após 4 a 8 semanas de terapia antituberculose.[1]

» A maioria dos pacientes com pericardite urêmica responde à diálise intensiva dentro de 1 a 2 semanas.

» Doenças autoimunes são tratadas com corticosteroides e/ou outra terapia imunossupressora, dependendo do quadro clínico específico.

» A pericardite pós-IAM é tratada com altas doses de aspirina. Se a aspirina em altas doses não for eficaz, pode-se considerar paracetamol ou um analgésico opioide. Glicocorticoides e AINEs não são recomendados para pericardite pós-IAM devido ao potencial de dano.[28]

» O tratamento de neoplasias pode envolver qualquer combinação de radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, dependendo do tipo de tumor identificado.[21] [22]

mais anti-inflamatório não esteroidal (AINE)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 600 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 200-400 mg a cada 1-2 semanas

OU

» **aspirina**: 750-1000 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 250-500 mg a cada 1-2 semanas

» Para manejo dos sintomas, deve-se administrar um AINE imediatamente no momento do diagnóstico e mantê-lo por 4 semanas.[4] [5] [9] AINEs reduzem a febre, a dor torácica e a inflamação, mas não impedem o tamponamento, a constrição ou a pericardite recorrente.

» É preferível usar aspirina que AINEs para pacientes que apresentaram pericardite após um IAM.[21] [22]

mais

inibidor da bomba de prótons

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **omeprazol**: 20 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **pantoprazol**: 40 mg por via oral uma vez ao dia

» Em virtude das altas doses de AINEs usadas, deve-se administrar um inibidor da bomba de prótons juntamente com a terapia com AINE, para proteger contra a formação de úlcera gastrointestinal.[4] [9] [21] [22]

adjunto

colchicina

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **colchicina**: peso corporal <70 kg: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia por 3 meses, podendo reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia em dias alternados nas últimas semanas do tratamento; peso corporal ≥70 kg: 0.5 mg por via oral duas vezes ao dia por 3 meses, podendo reduzir

Agudo

gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia nas últimas semanas do tratamento

» Melhora a resposta, diminui a recorrência e aumenta as taxas de remissão. Ela é administrada por 3 meses nesse contexto.[1] [11] [29]

» Não recomendada em pacientes com pericardite tuberculosa.[1]

» A adição da colchicina deve ser considerada em pacientes com síndromes com lesão pós-cardiotomia (por exemplo, síndrome de Dressler, que geralmente ocorre 1-2 semanas após um IAM, ou pós-cirurgia cardíaca), desde que não haja contraindicações e que seja bem tolerada. Recomenda-se a administração preventiva por 1 mês. Deve-se considerar acompanhamento cuidadoso com ecocardiografia a cada 6 a 12 meses de acordo com as características clínicas e sintomas para descartar possível evolução para pericardite constrictiva.[1]

» Embora não seja obrigatório reduzir a dose gradualmente, isso pode ser considerado nas últimas semanas do tratamento para prevenir a persistência dos sintomas e recorrência.

» Antes do início do tratamento, sugere-se a realização de um hemograma completo inicial, uma vez que a colchicina pode causar neutropenia e supressão da medula óssea. É importante ter cautela com pacientes com comprometimento renal e hepático, pois seu uso pode ser contraindicado em pacientes que tomam determinados medicamentos.

mais

restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

Em curso

doença recorrente

1a

anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 600 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 200-400 mg a cada 1-2 semanas

Em curso

OU

» **aspirina**: 750-1000 mg por via oral a cada 8 horas por 1-2 semanas, em seguida reduzir a dose em 250-500 mg a cada 1-2 semanas

» Para manejo dos sintomas, deve-se administrar um AINE imediatamente no momento do diagnóstico. AINEs reduzem a febre, a dor torácica e a inflamação, mas não impedem o tamponamento, a constrição ou a pericardite recorrente.[21] [22]

» A escolha do medicamento é baseada nas características do paciente (por exemplo, contraindicações, eficácia anterior ou efeitos colaterais), na presença de doenças concomitantes (por exemplo, é preferível aspirina em vez de outros AINEs se a terapia antiagregante plaquetária for necessária) e na experiência do médico. É preferível usar aspirina que AINEs para pacientes que apresentaram pericardite após um IAM.[21] [22]

» Deve-se continuar o tratamento até a remissão dos sintomas.

mais

inibidor da bomba de prótons

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **omeprazol**: 20 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **pantoprazol**: 40 mg por via oral uma vez ao dia

» Em virtude das altas doses de AINEs usadas, deve-se administrar um inibidor da bomba de prótons juntamente com a terapia com AINE, para proteger contra a formação de úlcera gastrointestinal.[4] [9] [21] [22]

mais

colchicina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **colchicina**: peso corporal <70 kg: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia por 6 meses, pode-se reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia em dias alternados nas últimas semanas do tratamento; peso

Em curso

corporal ≥ 70 kg: 0.5 mg por via oral duas vezes ao dia por 6 meses, pode-se reduzir gradualmente para 0.5 mg uma vez ao dia nas últimas semanas do tratamento

» Melhora a resposta, diminui a recorrência e aumenta as taxas de remissão.[1]

» O tratamento deve ser continuado por 6 meses em pacientes com doença recorrente. Pode-se considerar o prolongamento da terapia em casos de resistência. Os níveis de proteína C-reativa devem ser usados para orientar a terapia e a resposta. Quando a proteína C-reativa estiver normalizada, a terapia medicamentosa poderá ser reduzida gradualmente de acordo com os sintomas e o nível de proteína C-reativa.[1]

» Embora não seja obrigatório reduzir a dose gradualmente, isso pode ser considerado nas últimas semanas do tratamento para prevenir a persistência dos sintomas e recorrência.

» Antes do início do tratamento, sugere-se a realização de um hemograma completo inicial, uma vez que a colchicina pode causar neutropenia e supressão da medula óssea. É importante ter cautela com pacientes com comprometimento renal e hepático, pois seu uso pode ser contraindicado em pacientes que tomam determinados medicamentos.

mais restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

mais tratamento da causa subjacente

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Além disso, o tratamento deve ser orientado como em qualquer causa subjacente.[21] [22]

2a corticosteroides

Opções primárias

» **prednisolona:** 0.25 a 0.5 mg/kg/dia por via oral, reduzir a dose gradualmente após a resolução dos sintomas e normalização da proteína C-reativa
O regime de redução gradual depende da dose inicial. Dose inicial >50 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 10 mg/dia a cada 1-2 semanas); dose inicial 25-50 mg/dia

Em curso

(reduzir a dose gradualmente em 5-10 mg/dia a cada 1-2 semanas); dose inicial 15-25 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 2.5 mg/dia a cada 2-4 semanas); dose inicial <15 mg/dia (reduzir a dose gradualmente em 1.25 a 2.5 mg/dia a cada 2-6 semanas).

» Em pacientes que não respondem à associação de um AINE e colchicina, a corticoterapia pode ser considerada quando uma causa infecciosa foi descartada. Também podem ser usados quando há uma indicação específica para seu uso (por exemplo, presença de uma doença autoimune). Devem ser usados em combinação com colchicina para essa indicação.[1]

» Menos favoráveis em comparação aos AINEs devido aos riscos de promover a evolução crônica da doença e dependência medicamentosa.[1]

» Se usados, dá-se preferência a doses baixas a moderadas em relação a doses altas. A dose inicial deve ser mantida até a remissão dos sintomas e a normalização do nível de proteína C-reativa. Quando isso for atingido, a dose poderá ser reduzida gradualmente.[1]

mais

restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

3a

imunossupressor

Opções primárias

» **azatioprina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **anakinra**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **imunoglobulina humana normal**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Terapias de terceira linha na doença recorrente consistem em imunossupressores, incluindo imunoglobulina intravenosa (IGIV),

Em curso

anakinra e azatioprina. Essas terapias devem ser usadas em consulta com um reumatologista.[1] [32] [33] [34] [35]

mais restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

4a pericardiectomia

» Os pacientes com recorrência sintomática persistente, refratária a todos os tratamentos clínicos, podem ser considerados para o manejo cirúrgico com pericardiectomia.[1]

[Fig-7]

» Em pacientes com pericardite tuberculosa, a pericardiectomia é reservada àqueles que apresentam derrames recorrentes ou evidências de fisiologia constritiva apesar da terapia medicamentosa.[2] Particularmente recomendada se o quadro clínico do paciente não melhorar ou estiver piorando após 4 a 8 semanas de terapia antituberculose.[1]

mais restrição de exercícios

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Exercícios devem ser restritos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21]

Novidades

Fibrinólise intrapericárdica

Este tratamento está sendo investigado como terapia adjuvante para pacientes com pericardite infecciosa (isto é, tuberculosa e purulenta) em que há um alto risco de pericardite constrictiva. Relatos de casos e pequenos ensaios clínicos demonstraram resultados promissores; entretanto, esses resultados precisam ser replicados em ensaios mais amplos antes que esta terapia possa ser recomendada.

Recomendações

Monitoramento

Exames de imagem com ecocardiografia ou tomografia computadorizada (TC) torácica podem auxiliar no diagnóstico de complicações como pericardite constrictiva ou derrame pericárdico. A ecocardiografia também é indicada quando há suspeita de tamponamento cardíaco ou de síndromes coronarianas agudas.

Pacientes que não apresentam fatores de risco para prognóstico desfavorável (isto é, febre alta, evolução subaguda, evidência de um derrame pericárdico extenso, tamponamento cardíaco, fracasso na resposta a um anti-inflamatório não esteroide nos primeiros 7 dias, miopericardite, imunossupressão, trauma, terapia anticoagulante oral) podem ser tratados como pacientes ambulatoriais com anti-inflamatórios empíricos e avaliados no consultório após 1 semana para analisar a resposta ao tratamento.[1]

Em geral, não é necessária a vigilância em longo prazo em pacientes com pericardite viral aguda ou idiopática. A repetição dos exames de imagem (ecocardiografia, TC ou ressonância nuclear magnética [RNM]) pode ser necessária em pacientes que apresentam derrames pericárdicos associados ou suspeita de pericardite constrictiva.[5] [21]

Instruções ao paciente

É aconselhável não realizar exercícios intensos até a dor torácica se resolver e os marcadores inflamatórios se normalizarem.[1] [9] [21] Existem recomendações específicas com relação à participação em esportes de competição.[41] Os atletas devem se abster temporariamente de todos os eventos esportivos amadores ou de competição até a resolução clínica (pelo menos 3 meses após o quadro clínico). O retorno às atividades esportivas pode ser feito quando não houver evidências clínicas de doença ativa e quando os marcadores inflamatórios tiverem se normalizado. A pericardite constrictiva afasta os pacientes de todos os esportes competitivos.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
derrame pericárdico com ou sem tamponamento cardíaco	curto prazo	média
<p>O acúmulo de transudato, exsudato ou sangue no saco pericárdico pode ocorrer em consequência da inflamação pericárdica. O aumento da pressão intrapericárdica no derrame pericárdico (em particular quando o acúmulo de fluido ocorre em um período de tempo relativamente curto) pode comprimir as câmaras cardíacas, resultando no tamponamento cardíaco.[27] [1] [9]</p> <p>A pericardiocentese é indicada para o comprometimento hemodinâmico, para a pericardite purulenta e para uma alta suspeita de tumor. O derrame deve ser drenado a seco, e o fluido deve ser analisado para glicose, proteína e lactato desidrogenase. A contagem de células, a microscopia e/ou cultura viral e o exame citológico devem ser realizados.</p> <p>Em algumas situações, a pericardiocentese não pode ser realizada através de uma abordagem percutânea, sendo necessária a drenagem cirúrgica. Em geral, a abordagem subxifoide é bem-sucedida, apresentando taxas <1% de complicação e de 8% de recorrência do derrame.</p> <p>A biópsia pericárdica deve ser considerada se houver suspeita de doença granulomatosa ou maligna.</p>		
pericardite constrictiva crônica	variável	baixa
<p>A maioria dos casos ocorre dentro de 3 a 12 meses após a lesão pericárdica. É uma complicação relativamente rara[39] e, em países desenvolvidos, é causada com maior frequência por cirurgia cardíaca prévia (prevalência de 0.2% a 0.3%), por radioterapia (4% dos pacientes que receberam radiação para a doença de Hodgkin mediastinal) e por pericardite idiopática. A tuberculose é a principal causa em países em desenvolvimento.</p> <p>No processo de cura do derrame pericárdico agudo, fibrinoso, serofibrinoso ou crônico, a cavidade pericárdica pode ser completamente substituída por tecido de granulação. Isso resulta em uma densa cicatriz que envolve o coração e interfere no enchimento ventricular. A cirurgia de ressecção do pericárdio é o tratamento definitivo.[1] [5] [9] [40] [2]</p>		

Prognóstico

O prognóstico geralmente depende da causa subjacente e da gravidade da doença. As características associadas a um prognóstico desfavorável incluem:[\[1\]](#) [\[4\]](#) [\[9\]](#) [\[20\]](#) [\[8\]](#) [\[21\]](#) [\[22\]](#) [\[26\]](#)

- Fatores de prognóstico importantes:
 - Evidências de um derrame pericárdico extenso (isto é, espaço diastólico sem eco >20 mm)
 - Febre alta (isto é, >38 °C [>100.4 °F])
 - Evolução subaguda (isto é, sintomas ao longo de vários dias sem um início agudo bem definido)

- Fracasso na resposta dentro de 7 dias a um anti-inflamatório não esteroide (AINE).
- Fatores de prognóstico menos importantes:
 - Pericardite associada a miocardite (miopericardite)
 - Imunossupressão
 - Trauma
 - Terapia anticoagulante oral.

A presença de fatores de prognóstico importantes justifica a internação e uma avaliação completa da etiologia da doença pericárdica.[\[1\]](#) [\[20\]](#)

A pericardite idiopática aguda geralmente é uma doença autolimitada em 70% a 90% dos pacientes, sem complicações significativas ou recorrência. A pericardite purulenta é uniformemente fatal se não tratada e apresenta uma mortalidade de 40% com o tratamento. As complicações são frequentes nas formas bacteriana e tuberculosa da doença (a constrição ocorre em até 30% a 50%). A pericardite urêmica em geral responde à diálise intensiva. Os derrames são comuns na pericardite neoplásica e geralmente são recorrentes e difíceis de manejar.[\[1\]](#) [\[5\]](#) [\[2\]](#)

Diretrizes de diagnóstico

Europa

2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases

Publicado por: European Society of Cardiology

Última publicação em:
2015

América do Norte

Clinical recommendations for multimodality cardiovascular imaging of patients with pericardial disease

Publicado por: American Society of Echocardiography

Última publicação em:
2013

Diretrizes de tratamento

Europa

2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases

Publicado por: European Society of Cardiology

Última publicação em:
2015

Recommendations for participation in competitive sport and leisure-time physical activity in individuals with cardiomyopathies, myocarditis and pericarditis

Publicado por: National Institute of Sports Medicine, Italian National Olympic Committee

Última publicação em:
2006

América do Norte

2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction

Publicado por: American College of Cardiology Foundation; American Heart Association

Última publicação em:
2013

Artigos principais

- Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 2015 Nov 7;36(42):2921-64. [Texto completo](#)
- Khandaker MH, Espinosa RE, Nishimura RA, et al. Pericardial disease: diagnosis and management. Mayo Clin Proc. 2010 Jun;85(6):572-93.
- Lotrionte M, Biondi-Zoccai G, Imazio M, et al. International collaborative systematic review of controlled clinical trials on pharmacologic treatments for acute pericarditis and its recurrences. Am Heart J. 2010 Oct;160(4):662-70.

Referências

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 2015 Nov 7;36(42):2921-64. [Texto completo](#)
2. Imazio M, Brucato A, Mayosi BM, et al. Medical therapy of pericardial diseases: part II: Noninfectious pericarditis, pericardial effusion and constrictive pericarditis. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2010 Nov;11(11):785-94.
3. Imazio M, Brucato A, Mayosi BM, et al. Medical therapy of pericardial diseases: part I: idiopathic and infectious pericarditis. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2010 Oct;11(10):712-22.
4. Lange RA, Hillis LD. Clinical practice. Acute pericarditis. N Engl J Med. 2004 Nov 18;351(21):2195-202.
5. Troughton RW, Asher CR, Klein AL. Pericarditis. Lancet. 2004 Feb 28;363(9410):717-27.
6. Spodick DH. Acute pericarditis: current concepts and practice. JAMA. 2003 Mar 5;289(9):1150-3.
7. Ariyaratnam V, Spodick DH. Acute pericarditis: diagnostic cues and common electrocardiographic manifestations. Cardiol Rev. 2007 Jan-Feb;15(1):24-30.
8. Khandaker MH, Espinosa RE, Nishimura RA, et al. Pericardial disease: diagnosis and management. Mayo Clin Proc. 2010 Jun;85(6):572-93.
9. Little WC, Freeman GL. Pericardial disease. Circulation. 2006 Mar 28;113(12):1622-32. [Texto completo](#)
10. Buba F. Cardiovascular opportunistic infections in HIV disease. Biomed Res. 2011;22:279-84.
11. Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and treatment of pericarditis: a systematic review. JAMA. 2015 Oct 13;314(14):1498-506. [Texto completo](#)

12. Imazio M. Pericardial involvement in systemic inflammatory diseases. *Heart*. 2011 Nov;97(22):1882-92.
13. LeWinter MM, Kabbani S. Pericardial diseases. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, et al, eds. *Braunwald's heart disease*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005:1757-80.
14. Maisch B. Recurrent pericarditis: mysterious or not so mysterious? *Eur Heart J*. 2005 Apr;26(7):631-3. [Texto completo](#)
15. Sagristà-Sauleda J, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Tuberculous pericarditis: ten year experience with a prospective protocol for diagnosis and treatment. *J Am Coll Cardiol*. 1988 Apr;11(4):724-8. [Texto completo](#)
16. Lancellotti P, Nkomo VT, Badano LP, et al. Expert consensus for multi-modality imaging evaluation of cardiovascular complications of radiotherapy in adults: a report from the European Association of Cardiovascular Imaging and the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2013 Sep;26(9):1013-32. [Texto completo](#)
17. Imazio M, Brucato A, Markel G, et al. Meta-analysis of randomized trials focusing on prevention of the postpericardiotomy syndrome. *Am J Cardiol*. 2011 Aug 15;108(4):575-9.
18. Imazio M, Brucato A, Forno D, et al. Efficacy and safety of colchicine for pericarditis prevention. Systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2012 Jul;98(14):1078-82. [Texto completo](#)
19. Imazio M, Brucato A, Rovere ME, et al. Colchicine prevents early postoperative pericardial and pleural effusions. *Am Heart J*. 2011 Sep;162(3):527-32.
20. Imazio M, Spodick DH, Brucato A, et al. Diagnostic issues in the clinical management of pericarditis. *Int J Clin Pract*. 2010 Sep;64(10):1384-92.
21. Imazio M, Spodick DH, Brucato A, et al. Controversial issues in the management of pericardial diseases. *Circulation*. 2010 Feb 23;121(7):916-28.
22. Imazio M, Brucato A, Trincheri R, et al. Diagnosis and management of pericardial diseases. *Nat Rev Cardiol*. 2009 Dec;6(12):743-51.
23. Howlett JG, McKelvie RS, Arnold JM, et al. Canadian Cardiovascular Society. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference guidelines on heart failure, update 2009: diagnosis and management of right-sided heart failure, myocarditis, device therapy and recent important clinical trials. *Can J Cardiol*. 2009 Feb;25(2):85-105. [Texto completo](#)
24. Tuon FF, Litvoc MN, Lopes MI. Adenosine deaminase and tuberculous pericarditis: a systematic review with meta-analysis. *Acta Trop*. 2006 Aug;99(1):67-74.
25. Klein AL, Abbara S, Agler DA, et al. American Society of Echocardiography clinical recommendations for multimodality cardiovascular imaging of patients with pericardial disease. *J Am Soc Echocardiogr*. 2013 Sep;26(9):965-1012. [Texto completo](#)

26. Imazio M, Brucato A, Derosa FG, et al. Aetiological diagnosis in acute and recurrent pericarditis: when and how. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2009 Mar;10(3):217-30.
27. Braunwald E. Pericardial disease. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al, eds. *Harrison's internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
28. American College of Emergency Physicians; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Jan 29;61(4):e78-140. [Texto completo](#)
29. Bayes-Genis A, Adler Y, de Luna AB, et al. Colchicine in pericarditis. *Eur Heart J*. 2017 Jun 7;38(22):1706-9. [Texto completo](#)
30. Lotrionte M, Biondi-Zoccai G, Imazio M, et al. International collaborative systematic review of controlled clinical trials on pharmacologic treatments for acute pericarditis and its recurrences. *Am Heart J*. 2010 Oct;160(4):662-70.
31. Mayosi BM, Ntsekhe M, Bosch J, et al. Prednisolone and Mycobacterium indicus pranii in tuberculous pericarditis. *N Engl J Med*. 2014 Sep 18;371(12):1121-30. [Texto completo](#)
32. Vianello F, Cinetto F, Cavarero M, et al. Azathioprine in isolated recurrent pericarditis: a single centre experience. *Int J Cardiol*. 2011 Mar 17;147(3):477-8.
33. Lazaros G, Vasileiou P, Koutsianas C, et al. Anakinra for the management of resistant idiopathic recurrent pericarditis. Initial experience in 10 adult cases. *Ann Rheum Dis*. 2014 Dec;73(12):2215-7.
34. Lazaros G, Imazio M, Brucato A, et al. Anakinra: an emerging option for refractory idiopathic recurrent pericarditis: a systematic review of published evidence. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2016 Apr;17(4):256-62.
35. Imazio M, Lazaros G, Picardi E, et al. Intravenous human immunoglobulins for refractory recurrent pericarditis: a systematic review of all published cases. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2016 Apr;17(4):263-9.
36. Galluzzo A, Imazio M. Advances in medical therapy for pericardial diseases. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2018 Sep;16(9):635-43.
37. Imazio M, Lazaros G, Brucato A, et al. Recurrent pericarditis: new and emerging therapeutic options. *Nat Rev Cardiol*. 2016 Feb;13(2):99-105. [Texto completo](#)
38. Emmi G, Urban ML, Imazio M, et al. Use of interleukin-1 blockers in pericardial and cardiovascular diseases. *Curr Cardiol Rep*. 2018 Jun 14;20(8):61. [Texto completo](#)
39. Imazio M, Brucato A, Maestroni S, et al. Risk of constrictive pericarditis after acute pericarditis. *Circulation*. 2011 Sep 13;124(11):1270-5. [Texto completo](#)

40. Ling LH, Oh JK, Schaff HV, et al. Constrictive pericarditis in the modern era: evolving clinical spectrum and impact on outcome after pericardiectomy. *Circulation*. 1999 Sep 28;100(13):1380-6. [Texto completo](#)
41. Pelliccia A, Corrado D, Bjørnstad HH, et al. Recommendations for participation in competitive sport and leisure-time physical activity in individuals with cardiomyopathies, myocarditis and pericarditis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006 Dec;13(6):876-85.
42. Alabed S, Cabello JB, Irving GJ, et al. Colchicine for pericarditis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 28;(8):CD010652. [Texto completo](#)

Imagens

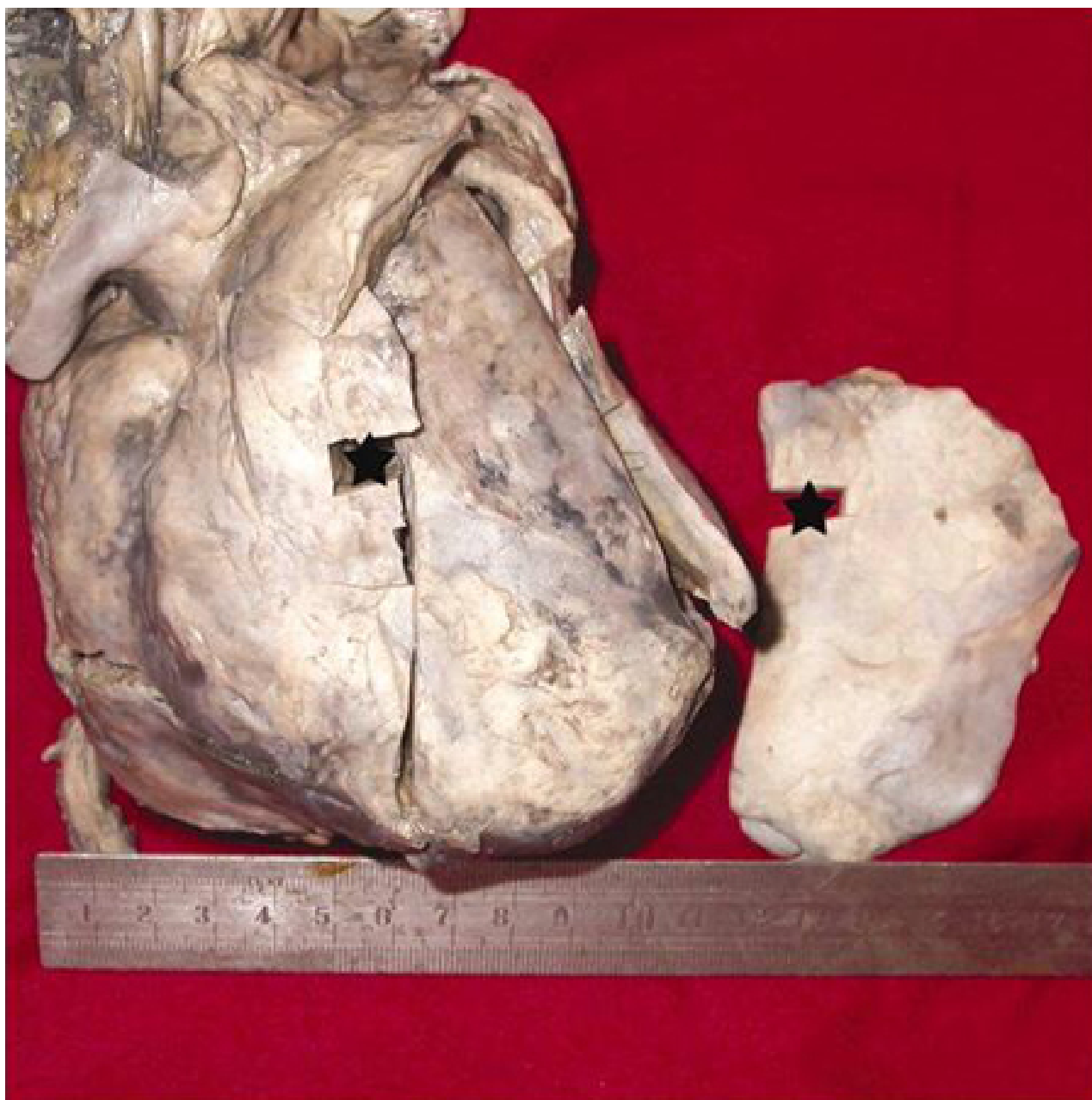


Figura 1: Pericardite constrictiva identificada na autópsia; a seção direita é um corte de tecido cicatrizado da porção frontal do coração

Xu JD, Cao XX, Liu XP, et al. BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.03.2009.1688

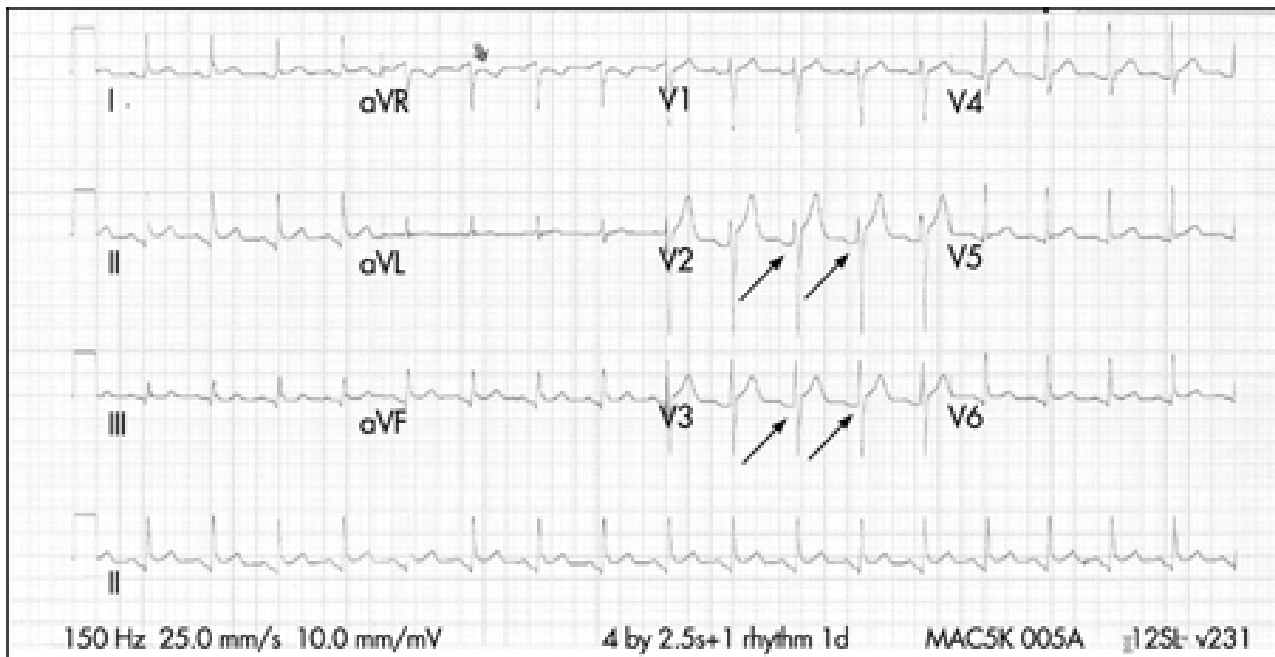


Figura 2: Eletrocardiograma (ECG) em um paciente com pericardite aguda, mostrando supradesnivelamento difuso do segmento ST nas derivações precordiais. Além disso, é mostrado um infradesnivelamento do segmento PR nas derivações V2-V6 (setas)

Rathore S, Dodds PA. *BMJ Case Reports* 2009; doi:10.1136/bcr.2006.097071

Karuppaswamy V, Shauq A, Alphonso N. *BMJ Case Reports* 2009; doi:10.1136/bcr.2007.136564

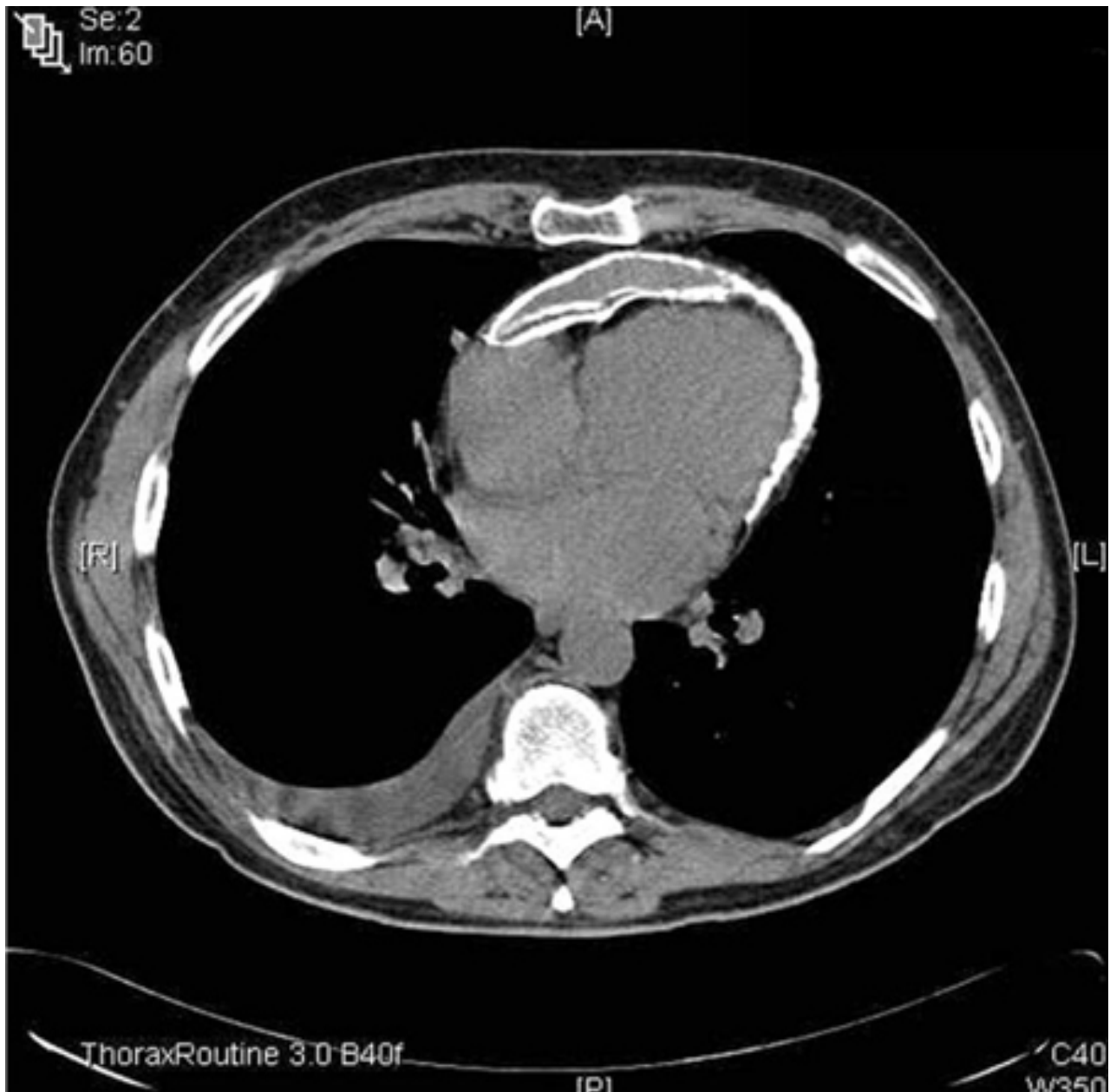


Figura 4: Tomografia computadorizada (TC) do tórax mostrando uma camada dupla de calcificação pericárdica em um paciente do sexo masculino de 56 anos de idade com pericardite constritiva idiopática com calcificações

Patanwala I, Crilley J, Trewby PN. BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.06.2008.0015

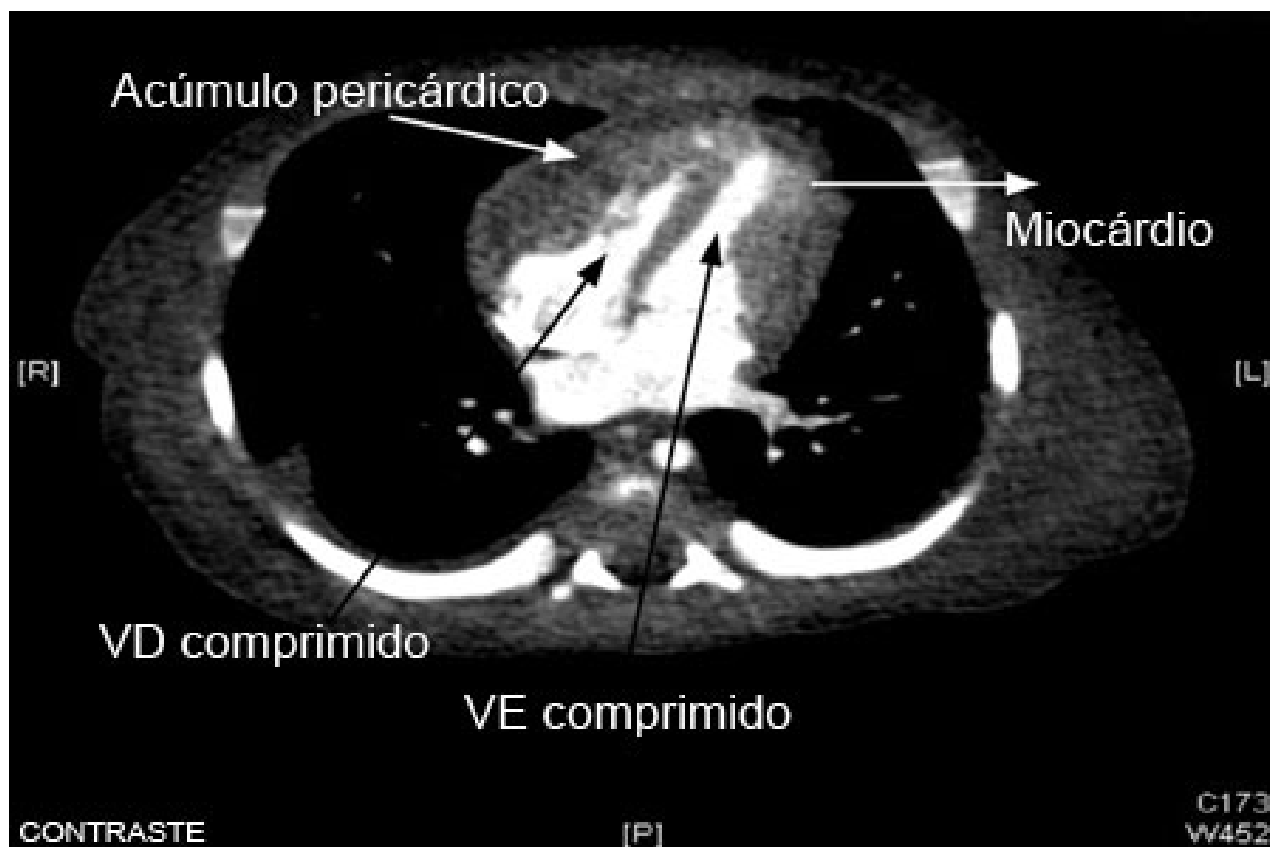


Figura 5: Tomografia computadorizada (TC) do tórax em um bebê com pericardite purulenta, mostrando uma coleção pericárdica com compressão dos ventrículos esquerdo (VE) e direito (VD)

Karuppaswamy V, Shauq A, Alphonso N. *BMJ Case Reports* 2009; doi:10.1136/bcr.2007.136564

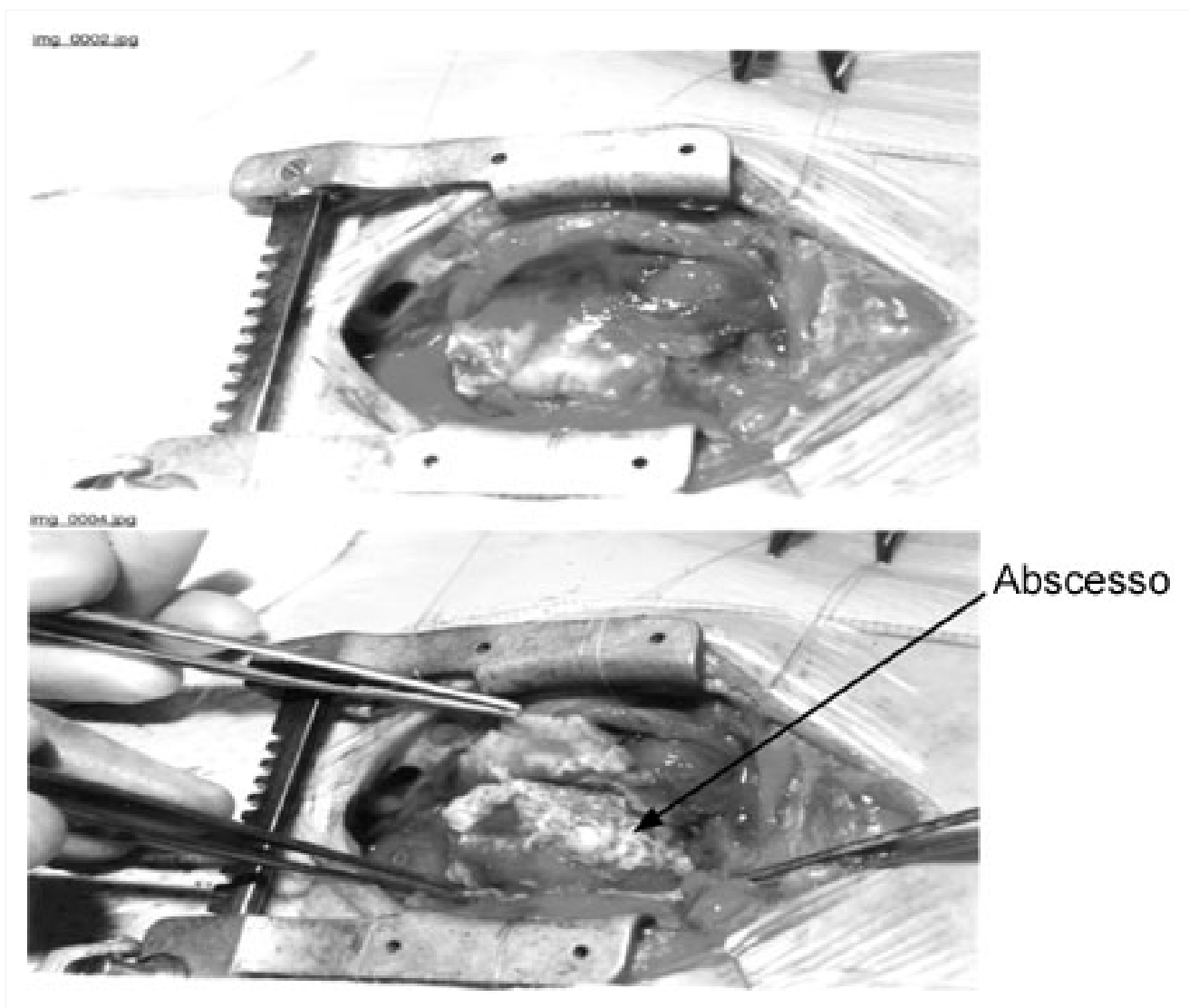


Figura 6: Cirurgia por via aberta em um bebê com pericardite purulenta; o abscesso é indicado pela seta

Karuppaswamy V, Shauq A, Alphonso N. BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.2007.136564

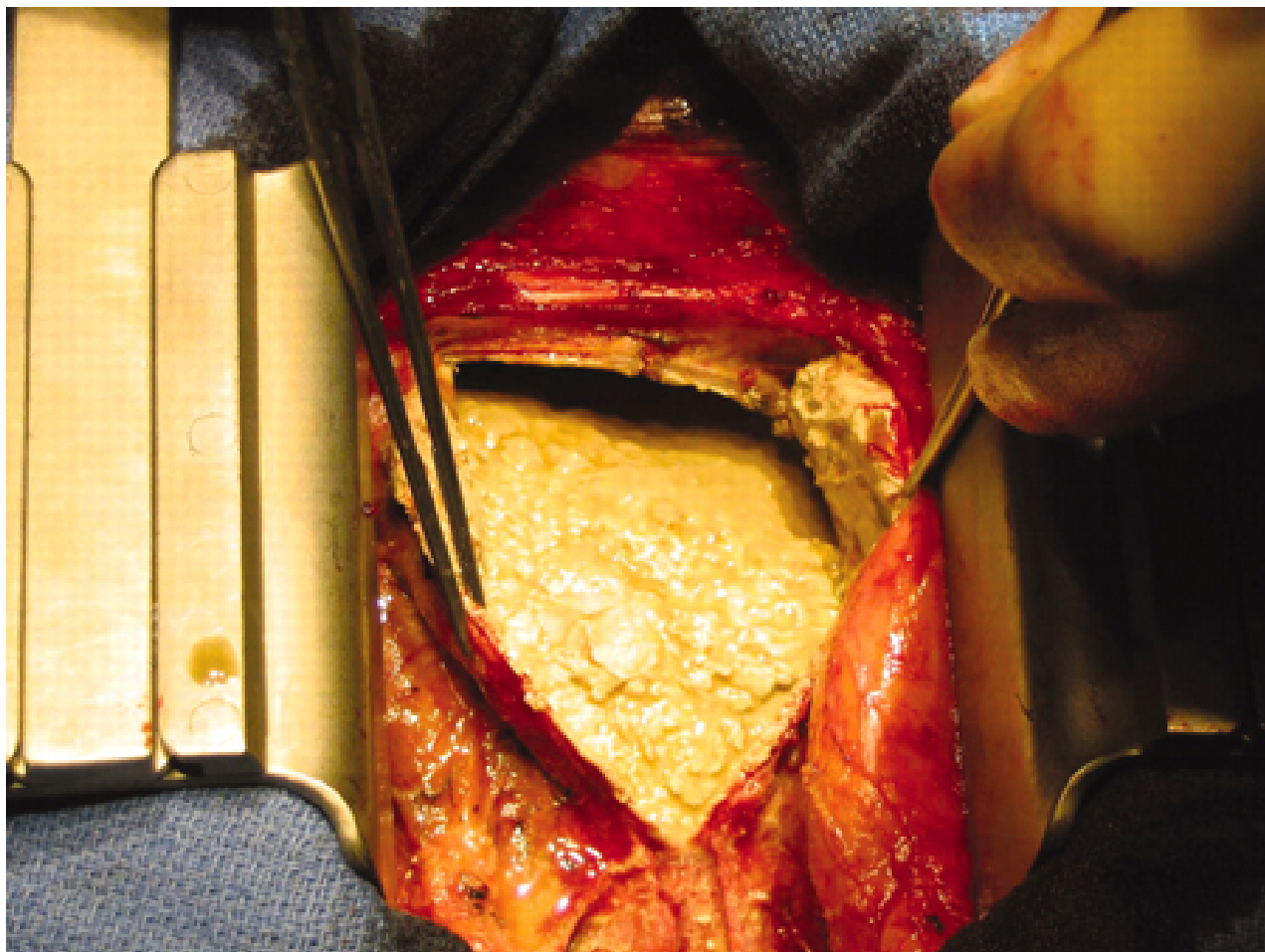


Figura 7: Pericardiectomia em um paciente do sexo masculino de 56 anos de idade com pericardite constrictiva idiopática com calcificações. O pericárdio está espessado e calcificado

Patanwala I, Crilley J, Trewby PN. BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.06.2008.0015

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Katherine Wu, MD

Associate Professor of Medicine

Division of Cardiology, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: KW declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Victor Ferrari, MD

Associate Professor of Medicine

Cardiovascular Division, University of PA Medical Center, Philadelphia, PA

DIVULGAÇÕES: VF declares that he has no competing interests.

Shrilla Banerjee, MBMD, MRCP

Consultant Cardiologist

East Surrey Hospital, Surrey and Sussex NHS Trust, Redhill, UK

DIVULGAÇÕES: SB declares that she has no competing interests.