



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

LUÍSA VERRAS PORTUGAL

Pericardite aguda: uma revisão bibliográfica - da apresentação clínica ao tratamento

RIO DE JANEIRO

2024

LUÍSA VERRAS PORTUGAL

Pericardite aguda: uma revisão bibliográfica - da apresentação clínica ao tratamento

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) apresentado, ao Programa de Residência Médica em Clínica Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Clínica Médica.

Orientadora: Prof^ª Dra. Cristina Maria Sousa de Almeida

Rio de Janeiro

2024

RESUMO

O presente trabalho apresenta como objetivo facilitar o entendimento do tema – pericardite aguda - a partir da descrição da apresentação clínica, das alterações em exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem. São descritos também o diagnóstico, as possíveis etiologias, a abordagem terapêutica e o acompanhamento dos pacientes que forem diagnosticados com essa afecção. Foi realizada pesquisa de artigos que fizessem descrição do assunto, tendo como prioridade diretrizes e artigos de revisão, para embasamento da revisão bibliográfica. Realizado, então, o estudo da patologia, de acordo com a pesquisa e a leitura de documentos que tratassem o tema, desenvolvendo, dessa maneira, uma revisão sucinta do assunto. Sendo assim, trata-se de uma doença estudada de maneira superficial, ministrada de forma passageira, durante a graduação e, devido a isso, pouco diagnosticada, mas de grande importância em termos de aprendizado médico, uma vez que o conhecimento sobre essa afecção facilita a instituição do diagnóstico e do tratamento corretos.

Palavras-chave: Pericardite aguda; Diagnóstico; Tratamento.

ABSTRACT

The present work aims to facilitate the understanding of the topic – acute pericarditis – by describing the clinical presentation, changes in laboratory, electrocardiographic and imaging tests. The diagnosis, possible etiologies, therapeutic approach and monitoring of patients diagnosed with this condition are also described. A search for articles that described the subject was carried out, with priority being given to guidelines and review articles to support the bibliographic review. A study of the pathology was then carried out according to the research and reading of documents that dealt with the topic, thus developing a succinct review of the subject. Therefore, it is a disease studied in a superficial way, taught only briefly during graduation and, due to this, little diagnosed, but of great importance in terms of medical learning, since knowledge about such condition facilitates the institution of correct diagnosis and treatment.

Keywords: Pericarditis; Diagnosis; Treatment.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Eletrocardiograma – página 18
Figura 2 -Eletrocardiograma – página 18
Figura 3- Radiografia do Tórax – página 20
Figura 4- Ecocardiograma – página 21
Figura 5 - Fluxograma de tratamento de Pericardite Aguda– página 21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES	Anti-inflamatório não esteroideal
COVID	Corona Virus Disease
FAN	Fator antinuclear
G	Gramma
Mg	Miligramma
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
KG	Quilogramma
PA	Pericardite aguda
PCR	Proteína C reativa
VHS	Velocidade de hemossedimentação
RNA	Ácido ribonucleico
SARSCOV2	Coronavirus da síndrome respiratória aguda grave

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METOLOGIA.....	9
3. RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	10
4. CONCLUSÃO.....	22
5. REFERÊNCIAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

A pericardite é a doença mais comum que acomete o pericárdico – saco fibroelástico, composto pelas camadas visceral e parietal, que envolve o coração. Em indivíduos saudáveis, a cavidade acumula cerca de 15 a 50 ml de líquido ultrafiltrado de plasma ¹. Em geral, o acometimento pericárdico é subdividido em pericardite aguda, pericardite crônica, derrame pericárdico e tamponamento cardíaco, pericardite constrictiva e pericardite recorrente. Nessa revisão, será abordada mais especificamente a pericardite aguda (PA).-

A PA tem múltiplas causas, apresentando-se tanto como doença primária, quanto como manifestação de um distúrbio sistêmico ⁴. Embora a etiologia seja variada, a inflamação do pericárdio normalmente manifesta-se de forma semelhante, não específica, com aumento da quantidade de líquido na cavidade. Já na pericardite crônica ocorre calcificação, o que gera rigidez e espessamento, podendo evoluir para constrição pericárdica. O acúmulo desse fluido pode levar ainda ao tamponamento cardíaco, condição que se apresenta como consequência da retenção líquida, com maior morbimortalidade para os acometidos.

A PA é resultante de uma variedade de possíveis fatores desencadeantes que apresentam, em geral, curso autolimitado, mas com relativa chance de recorrência. É caracterizada por sua natureza inflamatória, de forma que aponta uma série de manifestações clínicas, a depender da etiologia subjacente, sendo a dor torácica sua principal forma de apresentação. A etiologia varia de causas infecciosas, neoplásicas, pós-operatórias, medicamentosas, até idiopáticas.

De acordo com a causa, o tratamento é instituído, variando desde a prescrição de medicamentos como anti-inflamatórios, até abordagem cirúrgica para retirada do excesso de líquido pericárdico, uma vez que o acúmulo gera riscos, como o já citado, tamponamento cardíaco. Após o diagnóstico, é importante definir se o tratamento pode ser realizado de forma ambulatorial ou institucional, quando estaria indicada a internação hospitalar para vigilância clínica e a avaliação da necessidade de pericardiocentese.

A maioria dos pacientes com PA apresenta bom prognóstico a longo prazo, principalmente os indivíduos que têm como causa infecciosa, mais especificamente viral, já que essa etiologia, geralmente, não evolui com recorrência e nem com necessidade de intervenção cirúrgica.

A doença introduzida aqui apresenta importância na prática médica, uma vez que, com frequência, não é conhecida adequadamente pela equipe de saúde e, por este motivo, acaba por ser subdiagnosticada. Sendo assim, faz-se necessária uma revisão sobre o tema, considerando

seus principais aspectos para conhecimento pela comunidade médica, de forma a difundir informação sobre o assunto, o que pode facilitar a abordagem diagnóstica e terapêutica.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho pretende realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema – pericardite aguda. Com esse objetivo, foi realizada pesquisa acadêmica do assunto em bases de dados científicos, sendo elas PubMed, SciELO, Google Acadêmico, utilizando palavras-chave relacionadas ao tema abordado, como pericardite, diagnóstico, tratamento, tanto em português como as correspondentes em inglês. O espaço temporal dos artigos variou de 2013 a 2024.

3. DISCUSSÃO

Como descrito previamente na introdução, a pericardite é o distúrbio mais comum que acomete o pericárdio. Dessa maneira, apresenta importância significativa na prática médica, em especial para médicos e estudantes de medicina. Em geral, a PA é de causa benigna e autolimitada, podendo ser um evento isolado ou associado a outras doenças sistêmicas ⁶.

Por ser uma doença subdiagnosticada, os dados epidemiológicos são escassos, de forma que não conseguem refletir a real prevalência dessa condição. Assim, são registrados em 0.1 – 0.2 % dos pacientes internados e em cerca de 5 % dos pacientes com dor torácica no departamento de Emergência ¹. Existem ainda informações que sugerem cerca de 27.7 casos, a cada 100.000 pessoas, no norte da Itália, por exemplo ². Dentre esses, cerca de 3.32 casos, a cada 100.000 são necessários admissão hospitalar¹⁰. No Brasil, ainda é mais difícil de visualizar a incidência da doença, uma vez que não há dados oficiais, quanto ao acometimento pericárdico ³ e, por isso, as estimativas baseiam-se na literatura internacional. Já os resultados de necropsia sugerem cerca de 1 % de prevalência ⁶. Em países desenvolvidos, cerca de 80-90 % dos casos são idiopáticos, em que se assumem a etiologia viral. Afeta preferencialmente pacientes do sexo masculino, entre 16 e 65 anos ⁷, tendo os hormônios masculinos, em especial a testosterona, grande importância nessa diferença de susceptibilidade entre os sexos ¹⁰.

Quanto às etiologias, é importante citar que a maioria dos casos de PA apresenta como causa viral / idiopática (68%), seguida por doenças autoimunes (12%), e em especial o lúpus eritematoso sistêmico, bem como malignidades (5%) e pós injúria miocárdica (4%). Há ainda outras possíveis infecções, como a tuberculose que, em países desenvolvidos, corresponde a cerca de 3 % dos casos, mas em países de baixa renda, como os do continente africano, atinge a prevalência de cerca de 70 - 80 % dos casos, com cerca de 90 % dos casos em pacientes coinfectados pelo HIV ¹⁰. Pode ocorrer também pericardite purulenta que é responsável por cerca de 3 % dos casos, com tendência a progressão nos próximos anos, devido aos tratamentos imunossupressores / oncológicos atuais ⁷. Há também a PA associada à uremia. Além dessas etiologias mais clássicas, podem ser citadas duas novas etiologias que se tornaram mais comuns nos últimos anos, sendo a infecção por SARS-CoV-2, com prevalência de cerca de 1.5 % dos casos, e a vacinação contra COVID-19, destacando-se as vacinas de RNA mensageiro, com cerca de 0.001 % de internações, após quaisquer doses de vacina¹⁰.

Dentre as manifestações clínicas, a dor torácica é a principal, sendo relatada por cerca de 95 % dos pacientes ¹. A partir dessa queixa, deve ser realizada propedêutica para definir características da dor, fatores desencadeantes, de melhora e de piora, bem como fatores de risco,

para doenças cardiovasculares. Essas características são fundamentais, para que seja aventada a hipótese diagnóstica de PA. É, em geral, descrita como uma dor pleurítica, na região anterior do tórax, com melhora sob a posição genupeitoral, também conhecida como prece maometana, ou com o tórax inclinado para frente, e piora com a inspiração profunda ou com a tosse. A dor torácica é bem presente quando a etiologia da PA é infecciosa, uma vez que, por outras causas, como a origem neoplásica ou metabólica, o paciente não refere tanto essa queixa.

Ademais, é importante obter, a partir da história clínica, dados que possam sugerir o diagnóstico e, possivelmente, até a etiologia da PA. Vários sintomas devem ser pesquisados como: sintomas de infecção de vias aéreas superiores ou gastrointestinal, história de doença renal crônica, em terapia renal substitutiva ou não, emagrecimento, sudorese noturna, tosse, febre, artralgias / artrites, lesões dermatológicas, alterações hematológicas, procedimentos cirúrgicos – principalmente cirurgia cardíaca, passado ou quadro atual de neoplasia.

Ao exame físico, é necessário buscar alterações compatíveis com o diagnóstico de PA, bem como manifestações clínicas que possam sugerir uma etiologia. Um sinal comum e altamente específico para PA é o atrito pericárdico auscultado, preferencialmente na borda paraesternal esquerda, de qualidade áspera, decorrente do atrito entre as duas camadas inflamadas de pericárdio. É audível com o diafragma do estetoscópio, a partir da mudança de postura do paciente, principalmente, quando inclinado para frente, bem como durante a parada da inspiração¹. Outros achados que devem ser procurados ativamente, no exame clínico, são hipofonese de bulhas cardíacas, hipotensão arterial e turgência jugular, que juntos compõem a chamada tríade de Beck. Esta representa a evolução do derrame pericárdico, configurando a presença de tamponamento cardíaco, condição ameaçadora à vida que exige intervenção de urgência. Além das manifestações já descritas, devem ser obtidas outras informações, tais como rash malar, sinovites, alopecia, sinais de uremia – náuseas/vômitos, hipervolemia, hipertensão, névoa urêmica e alterações na ausculta respiratória⁴.

Quanto aos exames complementares, o eletrocardiograma é um exame simples, de baixo custo, altamente disponível nas unidades de saúde, tanto públicas quanto privadas, e de alta relevância ao diagnóstico de PA. Isso porque determinadas alterações eletrocardiográficas são extremamente sugestivas de acometimento pericárdico. Os achados típicos podem ser divididos em estágios numerados de 1 a 4. O estágio 1 pode ser visto nas primeiras horas e dias, sendo a principal alteração o supradesnivelamento do segmento ST de forma difusa, com concavidade voltada para cima, sem estar associado a uma parede específica. Concomitantemente a isso, ocorre também depressão do segmento ST nas derivações avR e V1, bem como infradesnivelamento do intervalo PR, principalmente nas derivações V5 e V6. No estágio 2, que pode ocorrer entre dias e semanas após, há normalização do segmento ST e PR. Já no terceiro estágio, as ondas T podem ficar invertidas difusamente, em geral, após a normalização do segmento ST, que se distingue da alteração decorrente de injúria isquêmica aguda/subaguda. O

quarto é marcado pela normalização do eletrocardiograma ¹. Outro achado também encontrado nos eletrocardiogramas é a alternância de QRS. Isso ocorre devido ao movimento pendular que o coração apresenta em meio ao derrame pericárdico, conhecido como swinging heart¹³.

Figura 1 – Eletrocardiograma com alterações compatíveis com pericardite

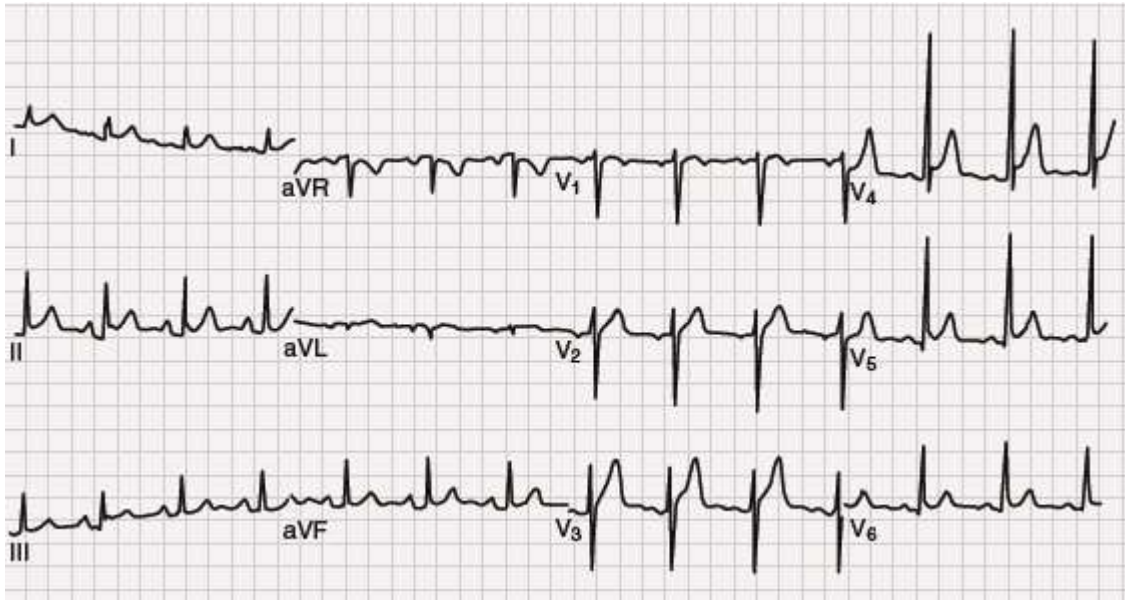
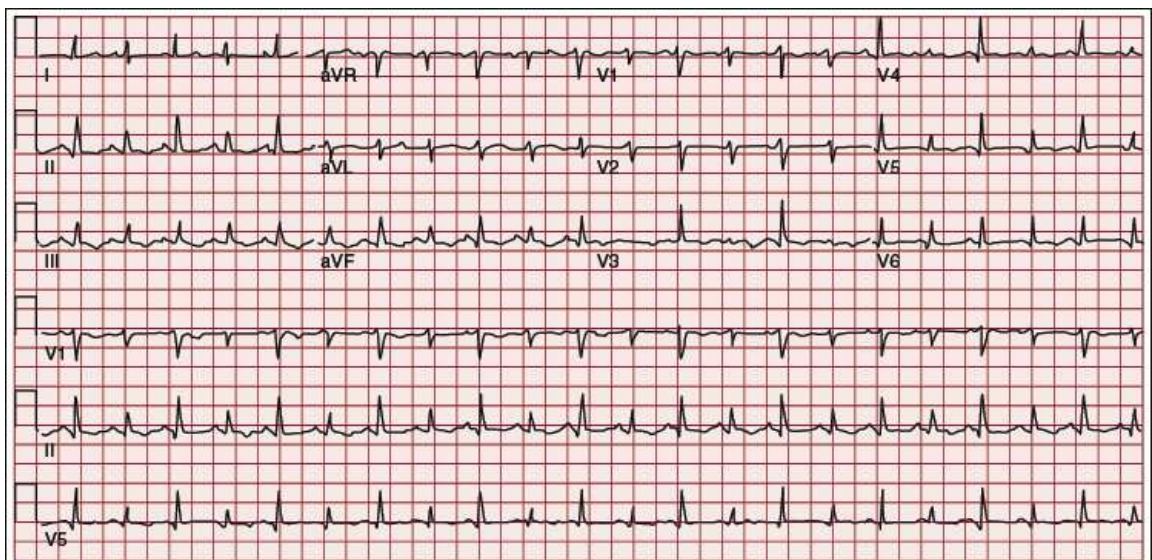


Figura 2 – Eletrocardiograma com alterações compatíveis com derrame pericárdico



Fonte: Livro Braunwalds Heart Disease 12^a edição - 2020

Podem ser encontrados também, em cerca de 40 % dos pacientes, achados não típicos, como a elevação localizada do segmento ST e inversão de onda T, antes da normalização do segmento ST. Essas alterações podem ser vistas em outras patologias, como na síndrome coronariana aguda.

Outros exames complementares são importantes, a partir da suspeita clínica. A radiografia de tórax, por exemplo, é frequentemente normal, mas pode demonstrar área cardíaca aumentada a depender se a PA gerou o desenvolvimento de derrame pericárdico, principalmente, se maior do que 200 ml, além de evidenciar alterações parenquimatosas e pleurais, como sinais de tuberculose / derrame pleural a depender da etiologia. As provas inflamatórias, como PCR e VHS, em geral, estão elevadas e o hemograma pode ser sugestivo de infecção viral ou bacteriana, bem como demonstrar outros achados como anemia / plaquetopenia, em contexto de colagenose. A troponina é outro teste que frequentemente está aumentado, se ocorrer acometimento epicárdico. O FAN e outros marcadores podem ser solicitados, a depender da suspeita clínica de doença reumatológica, destacando-se lúpus eritematoso sistêmico como a principal causa ⁷. Testes tuberculínicos podem ser solicitados, caso tuberculose seja uma hipótese diagnóstica.

Figura 3 – Radiografia de tórax compatível com a presença de derrame pericárdico

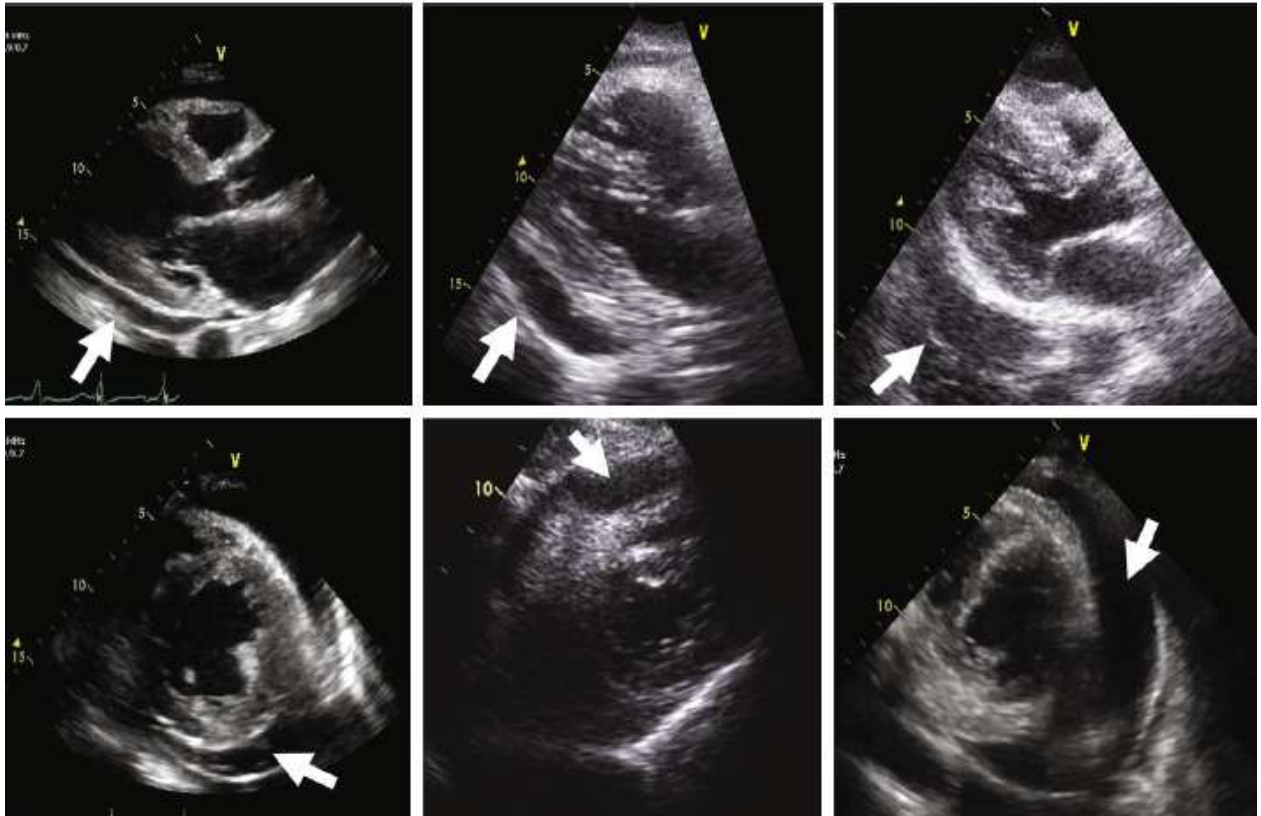


Fonte: Braunwalds Heart Disease_12^a edição - 2020

Já o ecocardiograma é um exame bem importante nessa avaliação. Isso porque estará alterado, caso a PA tenha levado ao desenvolvimento de derrame pericárdico, e caso esteja ocorrendo tamponamento cardíaco que - apesar de ser um diagnóstico clínico - pode ter alterações hemodinâmicas que sugerem uma evolução clínica desfavorável. A maior parte dos derrames pericárdicos, cerca de 80% deles, são de pequeno tamanho, sendo os de moderado correspondendo a cerca de 10 % dos casos e os de grande, também correspondem a 10 % dos casos, com evidência ou não de tamponamento cardíaco. A distância entre as lâminas de pericárdico é uma medida utilizada para quantificar o derrame, sendo considerada de pequeno tamanho, caso apresente menos de 1 cm, de moderado entre 1 e 2 cm, e grande se maior do que 2

cm¹⁰. Além disso, pode evidenciar alteração de contratilidade, o que sugere acometimento miocárdico associado (miopericardite) ⁶. Pode ser, no entanto, normal, caso essas condições não estejam associadas.

Figura 4 – Ecocardiograma evidenciando derrame pericárdico de tamanhos variados



Fonte: Braunwalds Heart Disease 12^a edição - 2020

Outros exames, como a ressonância cardíaca e tomografia cardíaca, são opções de elevada sensibilidade para detecção de derrame pericárdico. Na ressonância, o pericárdio em condições naturais aparece de cor acinzentada, porém, quando há inflamação, torna-se brilhante ⁶. A partir desses exames, também é possível avaliação quantitativa do derrame pericárdico, estimando o tamanho do fluido ¹⁰.

Diante disso, a PA apresenta critérios diagnósticos que podem organizar o raciocínio médico, diante da patologia. Os critérios incluem dor torácica ventilatório-dependente, atrito pericárdico ao exame clínico, achados eletrocardiográficos compatíveis com a doença de surgimento abrupto - como elevação generalizada do segmento ST e/ou depressão do segmento PR - aparecimento de derrame pericárdico / sinais de pericardite em exames de imagem e elevação de marcadores inflamatórios, como VHS e PCR. Para o diagnóstico, são necessários, no mínimo, dois critérios presentes.

A pericardite incessante é definida como aquela de duração acima de 4 – 6 semanas, com remissão em menos de 3 meses; a recorrente é definida, a partir do reaparecimento dos sintomas, após um primeiro episódio de PA, com remissão por 4 a 6 semanas ou mais; a crônica ocorre quando a duração é maior do que 3 meses. Já a internação hospitalar está indicada, quando o paciente apresenta um dos seguintes critérios: febre, hipotensão, apresentação subaguda, uso de medicamentos como anticoagulantes ou imunossupressores e derrame pericárdico de grande monta ⁶.

O tratamento medicamentoso da PA é baseado na prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), que são drogas de primeira linha, por pelo menos de sete a quatorze dias, com consultas médicas regulares, a fim de avaliar melhora clínica e laboratorial. A prescrição leva ao controle dos sintomas em cerca de 87 % dos pacientes. Os AINES mais utilizados são ibuprofeno (600 mg a 800 mg a cada 6 a 8 horas), indometacina (25 a 50 mg a cada 8 horas) e ácido acetilsalicílico (500 mg a 1g a cada 6 a 8 horas). Na América do Norte, o ibuprofeno é a droga de escolha, enquanto na Europa, é o ácido acetilsalicílico. A prescrição, das drogas, deve ser acompanhada de um protetor gástrico.

A combinação de mais de um tratamento farmacológico é frequente, em cerca de 52 % dos pacientes, sendo a mais comum, a associação entre anti-inflamatório não esteroidal e colchicina ⁷, correspondente a cerca de 43% dos casos. A recorrência da PA fica em torno de 15 a 40 % dos pacientes. Atualmente, entende-se que as taxas de recorrência se tornaram menores, após a adição da colchicina à abordagem terapêutica medicamentosa ⁷. Um estudo, denominado CORP Trial, avaliou a incidência de PA recorrente, nos pacientes em uso de colchicina *versus* placebo, tendo sido evidenciado recorrência em 24 % dos pacientes que fizeram colchicina, contra 55% do grupo placebo ⁸. Além disso, os pacientes também apresentaram redução de número de episódios e um intervalo mais prolongado, entre os episódios de recorrência. A colchicina é prescrita, em geral, por 6 meses, na dose de 0.5 mg, duas vezes ao dia ou uma vez ao dia, para pacientes com menos de 70 kg ou que tenham intolerância a doses maiores ¹¹.

Há ainda outro estudo que sustenta o uso da colchicina, conhecido como ICAP Trial. Neste, foi comparada a prescrição da droga *versus* placebo no primeiro episódio de PA. Os pacientes receberam um AINES, mais comumente o ácido acetilsalicílico, e foram randomizados para receber colchicina (nas doses de 0.5 mg duas vezes ao dia, se peso acima de 70 kg ou 0.5 mg uma vez ao dia, se peso abaixo de 70 kg) por três meses ou placebo. O tratamento com colchicina, comparado com placebo, resultou em significativa redução da taxa de pericardite recorrente ou persistente (17 % *versus* 38 %), além de redução dos sintomas, após 72 horas (19 % *versus* 40%). Dessa forma, de acordo com o estudo ICAP, o curso de tratamento com colchicina seria por 3 meses. Já em relação aos AINES, como dito anteriormente, são prescritos por cerca de 1 a 2 semanas, com redução gradual da dose, a depender da resposta clínica. No estudo ICAP, os pacientes receberam AINES de 7 a 10 dias com desmame da droga ^{6,9}.

A maioria dos pacientes com uma adequada adesão ao uso de AINES, associado a colchicina, tornam-se assintomáticos em alguns dias e podem ser acompanhados de forma ambulatorial ⁶. Além disso, deve ser orientada aos pacientes, restrição de esforço físico, até remissão dos sintomas e queda dos marcadores inflamatórios ¹⁰. Quanto aos esportes competitivos, podem ser retornados em três meses, se o caso não for complicado, e em 6 meses, caso o paciente apresente miopericardite ¹⁰. Nos casos recorrentes, existe discordância, mas geralmente a recomendação é o adiamento por tempo ainda maior.

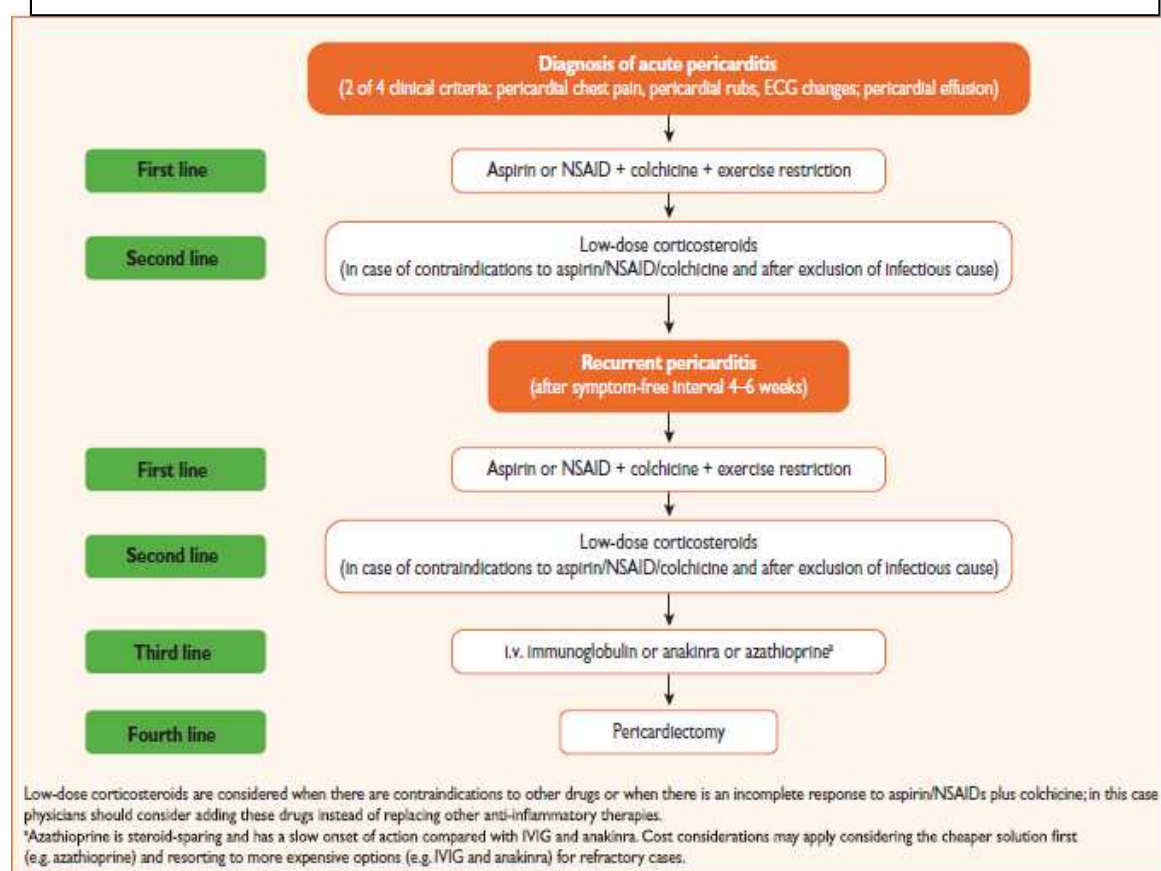
Os glicocorticóides são considerados a segunda linha de tratamento, mas devem ser preferência, quando o paciente apresenta alergia a AINES, úlcera recente em trato gastrointestinal, uso concomitante de anticoagulante, doença renal crônica com taxa de filtração glomerular estimada abaixo de 30 ml/min/1.73 m², grávidas com mais de 20 semanas de gestação, doenças inflamatórias sistêmicas e síndromes pós-cardíacas. Nesses casos, apresentam maior eficácia e são muito efetivos na rápida atenuação dos sintomas. A dose recomendada varia de 0.2 a 0.5 mg/kg de prednisona ou corticóide equivalente. Deve-se ter atenção à prescrição, quando a etiologia é bacteriana, como tuberculose, pois é contraindicado se o tratamento para a causa base, ainda não tiver sido instituído. A dose total deve ser mantida por cerca de 2 semanas, enquanto observa-se a resolução dos sintomas e a queda de marcadores inflamatórios. Após isso, a dose deve ser reduzida de forma lenta, principalmente nas recorrências. A suplementação de cálcio e vitamina D devem ser prescritas para todos os pacientes, bem como a de bifosfonatos deve ser considerada em homens e mulheres pós menopausa, especialmente quando tratamentos mais longos são considerados ¹⁰.

A PA, em geral, apresenta curso autolimitado, porém determinadas características podem ser consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de complicações, como a etiologia subjacente, sendo mais complicadas as secundárias, junto às características do paciente, como sexo e idade, e o tratamento de escolha, como os glicocorticóides¹⁰. Em contraste com um primeiro episódio de PA, a pericardite recorrente é, em geral, mais problemática e difícil de tratar. Após um primeiro episódio, a chance de recorrência é em torno de 15 a 30 % dos casos e o risco aumenta a cada recorrência, chegando a 25 a 50 % para a segunda recorrência e a 20 a 40 % para a terceira ¹⁰. Além disso, aproximadamente 5 a 10 % dos casos, as recorrências estão associadas ao detrimento da qualidade de vida, com as idas frequentes dos pacientes ao serviço de Emergência, internações hospitalares, bem como complicações de tratamentos medicamentosos. Dessa forma, há um grande desafio nos pacientes que se tornam dependentes de glicocorticóide e nos colchicina resistentes.

O subgrupo de pacientes com pericardite recorrente - que apresentam resistência à colchicina / dependência de glicocorticóides- são alvo de intensos estudos. Nesses casos, é realizada terapia tripla com a prescrição de AINES, glicocorticóides e colchicina. Outras opções são imunossupressores e imunobiológicos, incluindo imunoglobulina humana, azatioprina,

hidroxicloroquina, anakinra e andriloncept. A justificativa para a introdução de anakinra e andriloncept como tratamento da pericardite recorrente é que essa afecção vem sendo considerada como doença autoinflamatória, assim como a febre familiar do Mediterrâneo. Nessas patologias, ocorre ativação anormal do sistema imune inato, sendo a interleucina IL-1 responsável pelas manifestações clínicas e as medicações inibem a IL-1 α e β , sendo muito eficazes no tratamento dos pacientes. Já nos pacientes com doenças autoimunes, o uso de imunoglobulina venosa e azatioprina podem ser mais benéficos. Como último recurso, nos casos refratários, ou naqueles em que o tratamento não pode ser continuado, devido aos efeitos colaterais, a pericardiotomia deve ser considerada ¹⁰.

Figura 5 – Fluxograma de tratamento da pericardite aguda



Fonte: Guideline de Pericardite – ESC 2015

O prognóstico da pericardite aguda está associado à etiologia. Apresenta excelente prognóstico, quando a etiologia é idiopática e reservado nos casos de PA associado a malignidade, por exemplo.

Dessa forma, a mortalidade por pericardite é baixa, atingindo a marca de 1.1 % dos pacientes internados por esta causa¹⁰. No entanto, existem preditores de maior risco, como presença de tamponamento cardíaco, recorrência e constrição. Além disso, alguns estudos sugerem que determinadas etiologias apresentam maior mortalidade, como a PA associada à malignidade e a PA purulenta ⁷. Com relação a pericardite associada à infecção por COVID-19, a

mortalidade chega a 15.5% desses pacientes, se comparados a grupos de controles sem acometimento pericárdico, que apresentam 6.7 % de mortalidade¹.

4. CONCLUSÃO

A pericardite aguda é a doença mais comum do pericárdico e, apesar disso, muitas vezes, não é reconhecida e tratada adequadamente. Por esse motivo, o presente trabalho visa trazer informações sobre a doença de forma sucinta e clara, para que o conhecimento sobre a afecção possa ser difundido. Dessa maneira, trabalhos como este que visam espalhar informação sobre doenças que podem ser vistas no cotidiano médico, merecem reconhecimento e abordagem em trabalhos científicos, justificando a importância desse tema, tanto para este trabalho, quanto para subsequentes que visem o estudo de novas terapêuticas e ferramentas diagnósticas no futuro.

REFERÊNCIAS

- AWAIS, A. MD, James. Acute and Complicated Inflammatory Pericarditis. Mayo Clinic, 2024 (6)
- CHETRIT, M. et alii. Imaging-Guided Therapies for Pericardial Diseases. The American College of Cardiology Foundation, 2020. (5)
- CHIABRANDO, J. G. *et alii*. Management of Acute and Recurrent Pericarditis. Journal of American College of Cardiology, 2020. (2)
- ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. European Heart Journal, 2015 (1 e 11)
- IMAZIO M, Brucato A, Cemin R, Ferrua S, Belli R, Maestroni S, et al. CORP (Colchicine for Recurrent Pericarditis) Investigators. Colchicine for recurrent pericarditis (CORP): a randomized trial. Ann Intern Med. 2011;155:409–414. (8)
- IMAZIO M, Brucato A, Cemin R, et al. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. N Engl J Med 2013;369:1522-8. (9)
- LAZAROU, Emilia. Acute Pericarditis. Current Reports, 2022. (10)
- LEWINTER, M. M. Acute Pericarditis. The New England Journal of Medicine, 2014. (4)
- MOTERA, M. W. et alii. I Diretriz Brasileira de Miocardites e Pericardites. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 1948 (3)
- LIBB *et alii*. Braunwalds Heart Disease 12º edição – 2021 (13)
- SERODIO João Fernandes Etiologia, Tratamento e Prognóstico da Pericardite Aguda: Etiology, Treatment and Prognosis of Acute Pericarditis (7)
- TONINI, M. MELO, D. T. P. Acute Pericarditis. Review Article, 2015. (5)