

ABORDAGEM DA PERICARDITE AGUDA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Honorio da Silva¹, Ana Luíza Nunes dos Passos¹, Everton César Nere Melo¹, Helena Samp Araújo Macedo¹,
Jâmeron Ruan dos Santos¹, João Victor de Lima Silva Abrantes¹, Nhycoly Anastácia Barbosa Melo¹, Polyana Felipe
Ferreira da Costa¹.

¹ Universidade de Pernambuco (UPE), Serra Talhada, Pernambuco.

RESUMO: A pericardite aguda, inflamação do pericárdio manifestada por dor torácica pleurítica, exige manejo preciso para evitar complicações como tamponamento e recorrências. Este estudo objetivou abordar o manejo clínico desta condição na emergência, enfatizando atualizações terapêuticas. Realizou-se revisão integrativa na base PubMed (2021-2026), utilizando os descritores “acute pericarditis”, “management” e “therapy” (AND), resultando em cinco artigos analisados. Os resultados destacam o diagnóstico via tríade clínica, ECG e imagem multimodal (RMC/TC) para caracterizar a inflamação. O padrão-ouro terapêutico une AINEs/Aspirina à colchicina por três meses. Casos refratários apresentam avanços com inibidores da IL-1 (Anakinra/Rilonacept). A estratificação de risco, considerando febre, derrame pericárdico e PCR elevada, é crucial para definir a hospitalização. Conclui-se que o manejo contemporâneo evoluiu da abordagem sintomática para estratégias de precisão diagnóstica e imunomodulação, visando reduzir a taxa de recorrência, que atinge até 30% dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acute pericarditis. Management. Therapy.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências Cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

A pericardite aguda é definida como uma inflamação ativa do pericárdio, um saco fibroelástico relevante na dinâmica pressão-volume e proteção cardíaca, cuja apresentação clínica se manifesta com dor torácica pleurítica e atrito pericárdico, com início em $\leq 4-6$ semanas (Wang *et al.*, 2025).

Na grande maioria dos casos, a pericardite aguda costuma ser benigna e autolimitada, no entanto, almeja-se evitar que esse quadro progrida para tamponamento cardíaco a curto prazo e para pericardite recorrente a médio prazo, e este, por sua vez, evolua para uma pericardite constrictiva (Avula; Madsen, 2023).

Diante desses cenários, é imprescindível discutir a abordagem da pericardite aguda na emergência cardiovascular, com o intuito de promover uma rede de cuidado integral e baseada em evidências aos pacientes acometidos por essa condição.

OBJETIVOS

O estudo tem como finalidade abordar o manejo clínico da pericardite aguda no cenário da emergência cardiovascular, de modo a enfatizar as atualizações e desafios relacionados a sua condução terapêutica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, conduzida a partir da pergunta norteadora “Quais são as evidências científicas atuais sobre o manejo clínico e as principais atualizações da pericardite aguda no contexto da emergência cardiovascular?”. Em sequência, foi selecionada a base de dados PubMed, como fonte das pesquisas. Para refinar as buscas, as palavras “acute pericarditis”, “management” e “therapy” foram utilizadas como descritores, associadas ao comando booleano AND, a fim de direcionar as pesquisas e vincular os termos de interesse.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2021 e 2026, com disponibilidade de texto completo e gratuito, e tipos de artigos que abrangem o objetivo da pesquisa. A respeito dos critérios de exclusão foram desconsiderados 33 artigos nos quais a pergunta norteadora não foi respondida, como também a fuga da temática. Com isso, foram selecionados 5 artigos para compor esta revisão bibliográfica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pericardite aguda representa uma importante causa de dor torácica em decorrência da inflamação do pericárdio, com resolução completa dos sintomas em até quatro a seis semanas. Sua incidência no ocidente é estimada em 27,7 casos a cada 100.000 indivíduos por ano, enquanto é responsável por 0,1% das internações hospitalares e 5% dos atendimentos em pronto-socorro por dor torácica, afetando majoritariamente homens, entre 16 e 65 anos (Wang *et al.*, 2025; Lazarou *et al.*, 2022).

O diagnóstico é realizado pela presença de dor torácica típica, pleurítica e que piora com o decúbito dorsal; elevação difusa do segmento ST e/ou infradesnívelamento difuso do segmento PR no eletrocardiograma; derrame pericárdico novo ou aumentado; ou atrito pericárdico. Em relação à etiologia, as causas mais comuns são idiopáticas ou virais, seguida pela pericardite pós-operatória e, em regiões endêmicas, tuberculose (Cremer; Klein; Imazio, 2024).

Dentre os fatores de mau prognóstico importantes para a classificação na emergência estão a febre acima de 38°C, curso subagudo, presença de derrame pericárdico com características ecocardiográficas de tamponamento cardíaco (>20 mm na ecocardiografia), falha na resposta aos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) após uma semana de tratamento e apresentação concomitante à miocardite. Nestes casos de maior gravidade, a hospitalização se faz necessária (Wang *et al.*, 2025; Chiabrando *et al.*, 2020).

De acordo com as diretrizes da ACC, é recomendado o uso de aspirina em altas doses ou AINEs em combinação com colchicina durante 3 meses, como terapia de primeira linha. Como tratamentos de segunda linha, os esteróides são uma opção para os casos não inflamatórios, enquanto os agentes anti-IL1 são mais indicados para os casos de fenótipo inflamatório. Em relação aos casos de pericardite por tuberculose, a terapia antituberculosa deverá ser utilizada. Além da terapia medicamentosa, alterações no estilo de vida também fazem parte do sucesso do tratamento (Cremer; Klein; Imazio, 2024; Chiabrando *et al.*, 2020).

Em relação às complicações resultantes da pericardite aguda, cabe ressaltar o derrame pericárdico, definido pelo acúmulo de > 50 mL de líquido no espaço pericárdico; o tamponamento cardíaco, que resulta no aumento da pressão pericárdica; pericardite recorrente (15% a 30% dos casos); e a pericardite constrictiva, decorrente da perda da elasticidade pericárdica, prejudicando o enchimento ventricular diastólico. Com base

nessas situações, há a importância da estratificação de risco e identificação precoce para o tratamento eficaz (Wang *et al*, 2025; Sawan *et al*, 2023).

RESULTADOS

Após a análise dos cinco artigos selecionados, os principais achados foram sistematizados em categorias que abrangem desde o diagnóstico até as condutas terapêuticas no ambiente de emergência.

Os achados da literatura indicam que o diagnóstico da pericardite aguda na emergência fundamenta-se na tríade clínica de dor torácica pleurítica, alterações eletrocardiográficas difusas (supradesnívelamento de ST e infradesnívelamento de PR) e presença de derrame pericárdico ou atrito (Lazarou *et al.*, 2022). A aplicação das novas diretrizes reforça a importância da Proteína C-Reativa (PCR) como biomarcador de atividade inflamatória e introduz a imagem multimodal, como a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) e a Tomografia Computadorizada (TC), como ferramentas essenciais para a caracterização e diferenciação detalhada da inflamação (Al-Khoury *et al.*, 2023; ESC, 2025).

No que tange ao manejo, os resultados confirmam a terapia combinada como padrão-ouro, utilizando AINEs ou Aspirina em altas doses associadas obrigatoriamente à Colchicina (0,5 mg 1-2x/dia) por três meses para a prevenção de recorrências (Cremer; Klein; Imazio, 2024). Evidências recentes destacam a transição para terapias biológicas, especificamente os antagonistas da Interleucina-1 (IL-1), como o Anakinra e Riloncept, que atuam na via do inflamassoma NLRP3 para o controle de casos refratários ou recorrentes, reduzindo a dependência de corticosteroides (Klein; Cremer, 2024; ESC, 2025).

Por meio da aplicação de um score de risco com 6 variáveis independentes para prever a recorrência da pericardite observou-se em pacientes com baixa pontuação uma recorrência de apenas 21,3%, no entanto, naqueles com altas pontuações houve uma recorrência de 69,8%. Assim, demonstrando a importância da definição e estratificação do risco para os pacientes com essa patologia, para melhor continuidade do tratamento (Lazarou *et al.*, 2022).

DISCUSSÃO

A abordagem contemporânea da pericardite aguda na emergência sofreu mudanças substanciais, refletindo avanços desde a compreensão fisiopatológica até às condutas terapêuticas. O manejo tradicional, centrado na abordagem sintomática e na exclusão de diagnósticos diferenciais, têm sido incorporado a estratégias que buscam a prevenção da recorrência, complicação que ocorre em cerca de 30% dos casos (European Society of Cardiology, 2025; Cremer, Klein e Imazio, 2024). Essa mudança de paradigma está diretamente relacionada à melhor compreensão do papel do inflamassoma NLRP3 e da colchicina, que tem papel fundamental nessa inibição da atividade inflamatória e, conseqüentemente, reduz significativamente o risco de recorrência (Klein e Cremer, 2024; Cremer, Klein e Imazio, 2024).

Além disso, novas e promissoras perspectivas relacionadas ao uso de imunobiológicos, especialmente aqueles que bloqueiam a interleucina-1, podem desempenhar papel importante no tratamento, particularmente em casos refratários e na diminuição de efeitos adversos gastrointestinais, renais e cardiovasculares

relacionados aos anti-inflamatórios utilizados atualmente (Klein e Cremer, 2024; Cremer, Klein e Imazio, 2024).

Paralelamente, a incorporação da imagem multimodal ao diagnóstico da pericardite aguda tem se mostrado mais vantajosa quando comparada a utilização de enzimas e eletrocardiografia. Essa abordagem permite diferenciar pericardite isolada de miopericardite, fator que contribui diretamente para a tomada de decisão individualizada, impactando o prognóstico e o tempo de internação (Al-Khoury et al., 2023). Ademais, outro aspecto que define o curso da doença e merece atenção é a estratificação de risco, devendo-se atentar para fatores que podem progredir em especial para instabilidade hemodinâmica, como febre elevada, início subagudo dos sintomas, falha terapêutica inicial e, em particular, derrame pericárdico.

Portanto, evidencia-se que uma ampla abordagem deve ser empregada no tratamento da pericardite aguda, visando não apenas a resolução do caso no momento do agravo, mas evitando complicações e melhorando a sobrevida do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das evidências atuais e da melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, o manejo da pericardite aguda deixou de ser apenas sintomático e passou a incorporar estratégias voltadas à prevenção de recorrências, estratificação de risco e maior precisão diagnóstica, isso inclui o melhor entendimento da ação do inflamassoma NLRP3 e a consolidação do uso da colchicina. Além disso, o uso da imagem multimodal contribuiu para uma avaliação mais precisa e individualizada, com impacto direto na tomada de decisão e no prognóstico. Paralelamente, terapias imunomoduladoras, como os inibidores da interleucina-1, surgem como alternativas promissoras, especialmente em casos recorrentes ou refratários.

Portanto, o manejo contemporâneo deve integrar diagnóstico adequado, estratificação de risco e terapias direcionadas, visando não apenas o controle dos sintomas, mas também a prevenção de complicações e a melhoria do prognóstico.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

AL-KHOURI, H. et al. **The Contemporary Role of Cardiac CT and Cardiac MRI in the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases**. *Current Cardiology Reports*, v. 25, n. 3, p. 163-174, 2023.

AVULA, S.; MADSEN, N. **Management of acute pericarditis**. *Current Opinion in Cardiology*, v. 38, n. 4, p. 364–368, 2023. DOI: 10.1097/HCO.0000000000001056.

LAZAROU, E. et al. **Acute Pericarditis: an Update**. *Current Cardiology Reports*, v. 24, n. 8, p. 905-913, 2022.

WANG, Tom, KLEIN, Allan, CREMER, Paul *et al.* **2025 Concise Clinical Guidance: An ACC Expert Consensus Statement on the Diagnosis and Management of Pericarditis: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee**. *JACC*. 2025 Dec, 86 (25) 2691–2719.