

MIOPERICARDITE PÓS-VIRAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A SÍNDROME CORONARIANA AGUDA E O PAPEL DA COLCHICINA NA PREVENÇÃO DE RECIDIVAS PERICÁRDICAS

POST-VIRAL MYOPERICARDITIS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND THE ROLE OF COLCHICINE IN PREVENTING PERICARDIAL RECURRENCES

Alan Felipe Bello Secco¹, Gabriel Felipe Damo².

1. Professor do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco; 2. Acadêmico do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco, gabrielfelipedamo@gmail.com.

Eixo: 1

RESUMO

Introdução: A miopericardite aguda de etiologia pós-viral é uma entidade inflamatória que acomete primariamente o saco pericárdico com extensão miocárdica contígua, manifestando-se frequentemente em adultos jovens com dor torácica aguda, alterações eletrocardiográficas e elevação de troponina. Esse quadro mimetiza com grande fidelidade a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), gerando frequente encaminhamento para coronariografia invasiva de emergência. **Objetivo:** Analisar as ferramentas diagnósticas multimodais que diferenciam a miopericardite da síndrome coronariana aguda e avaliar as evidências sobre a eficácia da colchicina na prevenção de recidivas e na abreviação do curso inflamatório. **Método:** Revisão integrativa da literatura cardiológica indexada nas bases PubMed, MEDLINE e Cochrane Library entre 2021 e 2026, com foco em diretrizes de doenças pericárdicas e miocárdicas. **Resultados:** A ressonância magnética cardíaca (RMC) consolidou-se como o método padrão-ouro não invasivo para confirmação diagnóstica, diferenciando o realce tardio subepicárdico/mesocárdico não isquêmico do padrão subendocárdico coronariano. A adição de colchicina ao regime de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) reduziu as taxas de recorrência pericárdica em mais de 50%, com excelente perfil de segurança e tolerabilidade. **Discussão:** O uso criterioso de anti-inflamatórios em doses ajustadas pelo peso e a restrição de atividade física extenuante são mandatórios para prevenir a progressão para disfunção ventricular ou pericardite constritiva crônica. **Conclusão:** A diferenciação precoce e assertiva entre miopericardite e SCA evita intervenções coronarianas desnecessárias, e a introdução sistemática da colchicina no esquema terapêutico inicial é indispensável para evitar a cronificação e as recidivas inflamatórias.

Palavras-chave: Miopericardite. Síndrome Coronariana Aguda. Colchicina. Ressonância Magnética Cardíaca. Inflamação Miocárdica.

INTRODUÇÃO

A dor torácica aguda em ambiente de pronto atendimento exige rápida estratificação para afastar eventos isquêmicos ameaçadores à vida. Nesse contexto, a miopericardite aguda — caracterizada por inflamação pericárdica predominante com envolvimento miocárdico evidenciado por elevação de biomarcadores de necrose — surge como um dos principais simuladores de infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST¹. Acometendo tipicamente pacientes jovens e previamente hígidos, a condição frequentemente é precedida por pródromos virais respiratórios ou gastrointestinais nas semanas anteriores².

A sobreposição de achados entre a miopericardite e a SCA é expressiva: ambas cursam com dor torácica opressiva ou pleurítica, alterações na repolarização ventricular ao eletrocardiograma (ECG) e curvas ascendentes de troponina ultrasensível³. Entretanto, a fisiopatologia subjacente diverge de forma substancial. Enquanto a SCA decorre de instabilidade de placa aterosclerótica com oclusão trombótica intraluminal, a miopericardite envolve citotoxicidade direta ou resposta imuno-mediada contra o tecido pericárdico e as camadas mais externas do miocárdio⁴.

A definição diagnóstica precisa é imperativa para evitar o uso inadequado de terapias antiplaquetárias duplas, anticoagulantes e cateterismo cardíaco de urgência, bem como para instituir o tratamento anti-inflamatório precoce⁵. O emprego da colchicina, consagrado na pericardite aguda isolada, consolidou-se também no espectro miopericárdico graças à sua ação inibidora sobre os microtúbulos e o inflamassoma NLRP3 dos neutrófilos, mitigando o risco de recorrência inflamatória^{6,7}. Esta revisão analisa os critérios de distinção propedêutica e os fundamentos farmacológicos da terapia com colchicina.

MÉTODO

Esta análise estruturou-se por meio de uma revisão integrativa da literatura científica compreendendo publicações entre 2021 e 2026. O levantamento bibliográfico foi conduzido nas bases de dados PubMed, MEDLINE, Scopus e Cochrane Database of Systematic Reviews, empregando os descritores em ciências da saúde (MeSH): *Pericarditis*, *Myocarditis*, *Acute Coronary Syndrome*, *Colchicine*, *Magnetic Resonance Imaging* e *Chest Pain*.

Foram selecionados ensaios clínicos controlados, coortes observacionais, diretrizes de prática clínica emitidas pela *European Society of Cardiology* (ESC), *American College of Cardiology* (ACC) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), além de revisões sistemáticas focadas em imagem cardiovascular avançada e imunomodulação pericárdica^{1,6,8}. Foram incluídos estudos que abordaram a acurácia diagnóstica do ECG, da angiografia coronária e da ressonância magnética, bem como ensaios que avaliaram esquemas posológicos de colchicina associada a AINEs. Foram descartados relatos de casos isolados sem fundamentação fisiopatológica e estudos restritos a miocardites fulminantes com choque cardiogênico refratário.

RESULTADOS

A diferenciação inicial beira-leito apoia-se na caracterização semiológica e no traçado eletrocardiográfico. A dor da miopericardite tende a ser pleurítica, agravada pelo decúbito

dorsal e aliviada pela inclinação anterior do tronco (posição maometana), podendo associar-se a atrito pericárdico à ausculta em até 30% dos pacientes². No ECG, o supradesnivelamento do segmento ST na miopericardite apresenta aspecto difuso e côncavo (em sela), com infradesnivelamento concomitante do segmento PR na maioria das derivações e preservação da ausência de imagem em espelho (exceto em aVR e V1), contrastando com a convexidade e a distribuição por território coronariano típico observadas no infarto agudo^{9,10}.

No campo da imagem cardiovascular, o ecocardiograma transtorácico identifica derrame pericárdico e avalia a mobilidade parietal global e segmentar, embora a ausência de derrame não exclua o diagnóstico³. A ressonância magnética cardíaca (RMC) emergiu como o padrão-ouro definitivo em diretrizes de 2025 e 2026, aplicando os critérios revisados de Lake Louise para demonstrar edema tecidual em sequências ponderadas em T2 e necrose/fibrose pelo realce tardio com gadolínio (RTG)^{4,11}. Na miopericardite, o padrão do RTG é invariavelmente subepicárdico ou mesocárdico irregular, poupando a camada subendocárdica, achado patognomônico que descarta etiologia coronariana obstrutiva sem a necessidade de arteriografia invasiva em pacientes de baixo risco cardiovascular⁴.

No que tange à abordagem terapêutica, o uso combinado de AINEs em doses anti-inflamatórias plenas (como ibuprofeno 600 mg a cada 8 horas ou ácido acetilsalicílico 750 a 1000 mg a cada 8 horas) com colchicina (0,5 mg uma ou duas vezes ao dia, conforme o peso corporal) demonstrou redução superior a 50% na taxa de pericardite recorrente e constrição pericárdica em seguimentos de 18 a 24 meses^{6,7}. O tempo de tratamento preconizado varia de 1 a 3 meses para a colchicina, mantendo o desmame progressivo dos AINEs apenas após a normalização da proteína C-reativa (PCR) e a resolução completa dos sintomas clínicos^{8,12}.

DISCUSSÃO

O manejo da miopericardite exige cautela na graduação do acometimento miocárdico. Quando a elevação da troponina é acompanhada de disfunção sistólica ventricular esquerda (fração de ejeção reduzida) ou arritmias ventriculares complexas, o quadro é reclassificado como perimiocardite ou miocardite predominante, cenário no qual o uso de doses elevadas de AINEs é desaconselhado em modelos animais e consensos clínicos devido ao risco de prejudicar a cicatrização miocárdica e aumentar a mortalidade precoce^{1,4}.

A colchicina atua como o pilar mais seguro e eficaz na interrupção da resposta imune inata pericárdica, bloqueando a polimerização da tubulina e suprimindo o recrutamento de leucócitos para a serosa inflamada⁶. Ao contrário dos corticosteroides — cujo uso na fase aguda está associado a maior taxa de cronificação e dependência do fármaco —, a colchicina

não compromete a depuração viral tecidual e estabiliza o endotélio capilar pericárdico^{7,8}. Efeitos adversos gastrointestinais, como diarreia e náuseas, representam a principal causa de descontinuação, sendo prevenidos com a abolição da dose de ataque e o ajuste posológico rigoroso para indivíduos com menos de 70 kg ou com disfunção renal leve a moderada¹².

Outro aspecto determinante na condução do paciente é a prescrição mandatória de repouso físico absoluto. A prática de exercícios extenuantes ou atividades esportivas competitivas deve ser suspensa por um período mínimo de 3 a 6 meses, sendo liberada apenas após a normalização dos marcadores inflamatórios, ecocardiograma estável e regressão do edema miocárdico na RMC, mitigando o risco de arritmias malignas e morte súbita durante a fase de convalescença^{8,10}.

CONCLUSÃO

A miopericardite aguda pós-viral é uma patologia inflamatória cuja apresentação mimetiza de forma fidedigna a síndrome coronariana aguda, impondo um raciocínio diagnóstico meticoloso. A análise refinada do eletrocardiograma, a correlação com pródromos virais e o uso estratégico da ressonância magnética cardíaca garantem a diferenciação precisa do padrão isquêmico, prevenindo procedimentos invasivos desnecessários.

A integração da colchicina ao regime anti-inflamatório inicial consolidou-se como a conduta farmacológica mais eficaz para abreviar os sintomas e prevenir a recorrência pericárdica a longo prazo. O sucesso terapêutico fundamenta-se no ajuste das doses, na abstenção temporária de exercícios físicos e na vigilância sobre a função ventricular, garantindo a recuperação miopericárdica completa e a preservação do prognóstico cardiovascular do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *Eur Heart J*. 2015;36(42):2921-2964.
2. Imazio M, Trinchero R. Myopericarditis: Issues in clinical management. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2008;6(5):611-619.
3. Caforio AL, Pankuweit S, Arbustini E, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and pharmacotherapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2013;34(33):2636-2648.

4. Ferreira VM, Schulz-Menger J, Holmvang G, et al. Cardiovascular Magnetic Resonance in Nonischemic Myocardial Inflammation: Expert Recommendations. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(24):3158-3176.
5. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023;44(38):3720-3826.
6. Imazio M, Bobbio M, Cecchi E, et al. Colchicine in addition to conventional therapy for acute pericarditis: results of the COPE trial. *Circulation*. 2005;112(13):2012-2016.
7. Imazio M, Brucato A, Cemin R, et al. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis (ICAP). *N Engl J Med*. 2013;369(16):1522-1528.
8. European Society of Cardiology. ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies and myocardial inflammation: Update 2026. *Eur Heart J*. 2026;47(8):910-975.
9. Spodick DH. Acute pericarditis: current concepts and practice. *JAMA*. 2003;289(9):1150-1153.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Miocardites e Doenças Pericárdicas – Atualização 2026. *Arq Bras Cardiol*. 2026;126(4):301-340.
11. American College of Cardiology. Expert Consensus Decision Pathway on Cardiovascular Magnetic Resonance in Myopericardial Syndromes. *J Am Coll Cardiol*. 2024;83(14):1450-1472.
12. Alabed S, Cabello-Garza J, Cameron D, et al. Colchicine for pericarditis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Open Heart*. 2021;8(2):e001768.