

**PERICARDITE AGUDA: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E ABORDAGENS  
CLÍNICAS CONTEMPORÂNEAS****ACUTE PERICARDITIS: DIAGNOSTIC CRITERIA AND CONTEMPORARY  
CLINICAL APPROACHES****PERICARDITIS AGUDA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ENFOQUES  
CLÍNICOS CONTEMPORÁNEOS**<https://doi.org/10.56238/ERR01v10n6-037>**Ryan Rafael Barros de Macedo**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

**Gabriel Araújo Ferrari Figueiredo**

Bacharel em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Camille Lopes Arantes**

Graduando em Enfermagem

Instituição: Faculdade Santa Marcelina (FASM)

**João Victor dos Santos Cardoso**

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP)

**Pedro Henrique de Souza**

Graduando em Enfermagem

Instituição: Universidade São Judas Tadeu (USJT)

**Isabela Beatriz Oliveira da Costa**

Graduando em Medicina

Instituição: Fametro

**Giulliana Chrystie Feitosa de Souza**

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

**Matheus Pires da Conceição do Carmo**

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Estadual Paulista (UNESP)

**RESUMO**

A pericardite aguda é uma das afecções mais comuns que acomete o coração, tratando-se de acometimento multivariável, podendo ser classificada de acordo com sua etiologia em: idiopática ou acometimento viral, sendo a primeira mais comum. A clínica, tende a ser variável, desde paciente oligossintomáticos até pacientes que desenvolvem choque cardiogênico. O prognóstico, na grande maioria dos casos, é favorável. Este estudo busca avaliar as principais etiologias, tratamento e o prognóstico, tratando-se de uma revisão narrativa que engloba diversos estudos sobre o tema: pericardite aguda.

**Palavras-chave:** Pericardite Aguda. Diagnóstico. Tratamento. Colchicina. Pericardite Recorrente. Fenótipo Inflamatório. Antagonistas de Interleucina-1.

**ABSTRACT**

Acute pericarditis is one of the most common heart conditions, with multivariate involvement, and can be classified according to its etiology as idiopathic or viral, with the former being more common. The clinical presentation tends to be variable, ranging from oligosymptomatic patients to those who develop cardiogenic shock. The prognosis is favorable in the vast majority of cases. This study aims to evaluate the main etiologies, treatment, and prognosis, and is a narrative review encompassing several studies on the topic of acute pericarditis.

**Keywords:** Acute Pericarditis. Diagnosis. Treatment. Colchicine. Recurrent Pericarditis. Inflammatory Phenotype. Interleukin-1 Antagonists.

**RESUMEN**

La pericarditis aguda es una de las afecciones cardíacas más frecuentes, con afectación multifactorial, y puede clasificarse según su etiología en idiopática o viral, siendo la primera la más común. La presentación clínica tiende a ser variable, desde pacientes oligosintomáticos hasta aquellos que desarrollan shock cardiogénico. El pronóstico es favorable en la gran mayoría de los casos. Este estudio tiene como objetivo evaluar las principales etiologías, el tratamiento y el pronóstico, y consiste en una revisión narrativa que abarca diversos estudios sobre el tema de la pericarditis aguda.

**Palabras clave:** Pericarditis Aguda. Diagnóstico. Tratamiento. Colchicina. Pericarditis Recurrente. Fenotipo Inflamatorio. Antagonistas de la Interleucina-1.

## 1 INTRODUÇÃO

A pericardite aguda é reconhecida como a desordem inflamatória mais comum envolvendo o coração (Lazarou et al., 2022). No mundo ocidental, sua incidência na população geral é estimada em aproximadamente 27.7 casos por 100.000 habitantes ao ano, apresentando maior prevalência em homens jovens (Lazarou et al., 2022). A etiologia é frequentemente classificada como idiopática ou presumivelmente viral (Marques e Cacoub, 2021), correspondendo a 80-85% de todos os casos (Lazarou et al., 2022). Outras causas incluem tuberculose, particularmente em países em desenvolvimento (Shahid et al., 2023), doenças autoimunes, condições metabólicas (Lazarou et al., 2022) e envolvimento neoplásico, seja por invasão tumoral direta ou como consequência de tratamentos oncológicos (Lorenzo-Esteller et al., 2024). Embora o curso clínico da pericardite aguda seja geralmente benigno e autolimitado (Lazarou et al., 2022; Marques e Cacoub, 2021), as recorrências representam uma complicação significativa e frequente (Marques e Cacoub, 2021), afetando entre 20% a 50% dos pacientes após um episódio inicial (Marques e Cacoub, 2021).

Outras etiologias incluem causas autoimunes, doenças sistêmicas, trauma e malignidade (MARQUES; CACOUB, 2021). De fato, o envolvimento pericárdico em pacientes oncológicos representa um desafio diagnóstico e terapêutico com *insights* clínicos específicos (LORENZO-ESTELLER et al., 2024). Ademais, a pericardite pode se manifestar em contextos particulares, como a associação com distúrbios endócrinos, a exemplo da Doença de Graves (ESTRELA SANTOS et al., 2025), ou apresentar padrões distintos na população pediátrica, onde a etiologia e a abordagem clínica podem diferir das encontradas em adultos (SHAHID et al., 2023).

O curso clínico da pericardite aguda é bastante variável, estendendo-se de um quadro autolimitado a formas mais complexas, como a pericardite efusivo-constritiva, uma síndrome rara que combina derrame pericárdico com constrição e exige manejo especializado (AL-SAIEGH et al., 2021). Um aspecto crucial na avaliação prognóstica e no manejo é a identificação do **fenótipo inflamatório**, definido pela elevação da Proteína C-Reativa (PCR) e/ou presença de derrame pericárdico. Este fenótipo tem sido associado independentemente a um risco aumentado de recorrência, sublinhando a necessidade de uma estratificação de risco apurada e, possivelmente, de uma terapia anti-inflamatória mais robusta desde o diagnóstico inicial (IMAZIO et al., 2025).

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como uma revisão narrativa da literatura, com o propósito de sintetizar e analisar as evidências científicas atuais sobre os critérios diagnósticos e abordagens clínicas contemporâneas da pericardite aguda. A pesquisa foi conduzida na base de dados PubMed, empregando os descritores 'Pericarditis', 'Acute Disease' e 'Diagnosis', combinados pelos operadores

booleanos AND e OR, seguindo a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos, com texto integral disponível em português ou inglês, que tratassem diretamente do tema. Foram excluídos estudos sem relação direta com o foco central, publicações duplicadas, revisões narrativas de baixo rigor metodológico e artigos não indexados na base de dados consultada. A seleção dos estudos seguiu duas fases: triagem de títulos e resumos, e posterior avaliação dos textos completos para confirmação da relevância. As informações extraídas foram compiladas de forma descritiva.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E ELETROCARDIOGRÁFICOS

O diagnóstico da pericardite aguda é eminentemente clínico, estabelecido pela presença de pelo menos dois dos quatro critérios principais (Lazarou et al., 2022; Shahid et al., 2023). O sintoma mais comum é a dor torácica de característica pleurítica, que piora com a inspiração e é aliviada pela posição sentada com inclinação anterior do tronco (Lazarou et al., 2022; Marques e Cacoub, 2021). Este sintoma está presente em 90-95% dos casos (Lazarou et al., 2022). O segundo critério é o atrito pericárdico, um achado patognomônico, porém intermitente, auscultado em aproximadamente 30% dos pacientes (Lazarou et al., 2022).

O terceiro critério diagnóstico envolve alterações eletrocardiográficas típicas, classicamente a elevação côncava difusa do segmento ST e a depressão do intervalo PR (Marques e Cacoub, 2021; Lorenzo-Esteller et al., 2024). Finalmente, o quarto critério é a presença de derrame pericárdico, seja novo ou com piora documentada (Lazarou et al., 2022).

#### 3.2 ACHADOS LABORATORIAIS E DE IMAGEM

Marcadores inflamatórios, especialmente a Proteína C Reativa (PCR), são achados de suporte importantes (Lazarou et al., 2022). A elevação da PCR é detectada na vasta maioria dos pacientes (Imazio et al., 2025), embora possa estar dentro dos limites da normalidade nas primeiras seis horas de sintomas, atingindo 96% de positividade após 12 horas do início do quadro (Lazarou et al., 2022).

A ecocardiografia transtorácica (ETT) é o exame de imagem de primeira linha, fundamental para identificar a presença e o volume do derrame pericárdico (Marques e Cacoub, 2021; Shahid et al., 2023). O derrame está presente em 60-80% dos casos de pericardite aguda, sendo, na maioria das vezes, de pequeno volume (Lazarou et al., 2022).

Em pacientes com diagnóstico incerto ou suspeita de complicações, a imagem de segundo nível é recomendada (Lazarou et al., 2022). A Tomografia Computadorizada (TC) e, preferencialmente, a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) são utilizadas (Lorenzo-Esteller et al., 2024). A RMC é

particularmente valiosa por não utilizar radiação ionizante e permitir uma caracterização tecidual detalhada (Shahid et al., 2023). Ela pode confirmar a inflamação pericárdica através de achados como edema (hipersinal em sequências ponderadas em T2) e realce tardio após a administração de gadolínio, auxiliando também na detecção de miocardite associada (Marques e Cacoub, 2021; Lorenzo-Esteller et al., 2024).

### 3.3 ABORDAGEM TERAPÊUTICA E MANEJO DE RECORRÊNCIAS

O manejo padrão de primeira linha para a pericardite aguda baseia-se na combinação de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como ibuprofeno ou aspirina, e colchicina (Marques e Cacoub, 2021; Lorenzo-Esteller et al., 2024). Adicionalmente, a restrição de exercícios físicos é recomendada até a completa resolução dos sintomas e a normalização dos marcadores inflamatórios (Lazarou et al., 2022).

A colchicina é considerada a espinha dorsal da terapia (Lazarou et al., 2022). Quando administrada por três meses no primeiro episódio, demonstrou reduzir pela metade o risco de recorrências (Lazarou et al., 2022; Shahid et al., 2023). Em casos de recorrência, o tratamento com colchicina é geralmente estendido por pelo menos seis meses (Lazarou et al., 2022).

Os glicocorticoides são relegados à terapia de segunda linha, indicados principalmente em casos de contraindicação ou falha terapêutica aos AINEs e colchicina (Lazarou et al., 2022). Seu uso é criterioso, pois, embora promovam alívio rápido dos sintomas (Lazarou et al., 2022), seu uso foi associado a um risco aumentado de recorrências e dependência (Marques e Cacoub, 2021; Shahid et al., 2023).

Para os casos desafiadores de pericardite recorrente, refratária à colchicina e dependente de corticoides, os antagonistas da interleucina-1 (IL-1), como Anakinra e Rilonacept, emergiram como terapias biológicas altamente eficazes (Marques e Cacoub, 2021; Lazarou et al., 2022; Shahid et al., 2023).

De fato, o uso dessas novas medicações anti-inflamatórias (Anakinra e Rilonacept), têm demonstrado bons resultados, reduzindo as taxas de pericardite recorrente e com consequente melhora dos sintomas, e esses agentes usados em conjunto com a colchicina poderia ser bem mais eficaz, de forma a ocasionar um bloqueio sequencial da via do inflamossomo que leva à IL-1 (IMAZIO et al., 2025).

### 3.4 PROGNÓSTICO E FENÓTIPO INFLAMATÓRIO

Embora a pericardite aguda idiopática tenha, em geral, um prognóstico excelente (Lazarou et al., 2022), as recorrências são o principal desafio prognóstico (Marques e Cacoub, 2021). Fatores de

risco clássicos para recorrência incluem a falta de uso da colchicina e o uso de corticoides (Lazarou et al., 2022; Shahid et al., 2023).

Recentemente, um "fenótipo inflamatório" foi proposto, definido pela presença simultânea de elevação da PCR e derrame pericárdico no momento do diagnóstico (Imazio et al., 2025). Em um estudo de coorte, este fenótipo foi identificado em 60.7% dos pacientes com pericardite aguda e foi independentemente associado a um risco duas vezes maior de desenvolver recorrências futuras (Imazio et al., 2025). A identificação deste fenótipo de alto risco sinaliza a necessidade de um acompanhamento clínico mais rigoroso e, potencialmente, de uma terapia anti-inflamatória mais robusta desde o início (Imazio et al., 2025).

#### 4 CONCLUSÃO

Em síntese, a pericardite aguda, apesar de ser frequentemente autolimitada, exige uma abordagem diagnóstica rigorosa e uma estratificação de risco cuidadosa. A identificação do fenótipo inflamatório – marcado pela elevação da Proteína C-Reativa (PCR) e/ou presença de derrame pericárdico significativo – demonstra ser um fator prognóstico crucial, associado a um risco aumentado de recorrência (IMAZIO et al., 2025). Essa descoberta reforça a necessidade de adaptar a estratégia terapêutica inicial em pacientes com este perfil, visando à prevenção da cronicidade. Além disso, a literatura recente destaca a importância de reconhecer apresentações atípicas em populações específicas, como pacientes oncológicos (LORENZO-ESTELLER et al., 2024) e pediátricos (SHAHID et al., 2023), bem como formas raras e graves, como a pericardite efusivo-constritiva (AL-SAIEGH et al., 2021). Portanto, a gestão contemporânea da pericardite aguda deve integrar os critérios diagnósticos estabelecidos com uma vigilância contínua para o risco de recorrência e complicações, garantindo uma medicina de precisão adaptada à complexa natureza desta doença. (Camille). Diante desses avanços, evidencia-se que a pericardite aguda, embora frequentemente benigna, requer uma abordagem cada vez mais personalizada, incorporando métodos diagnósticos modernos e escores de risco atualizados (LAZAROS et al., 2022). A compreensão ampliada dos mecanismos inflamatórios e a disponibilidade de terapias direcionadas, como os inibidores de IL-1, fortalecem o manejo especialmente nos casos refratários (IMAZIO et al., 2021). Assim, a prática contemporânea demanda vigilância contínua e atualização constante, garantindo intervenções mais precisas e melhor prognóstico aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AL-SAIEGH, Yousif et al. Diagnosis and treatment of effusive-constrictive pericarditis: a case report. *European Heart Journal - Case Reports*, v. 5, n. 5, p. ytab174, 2021.

ESTRELA SANTOS, Mariana et al. Acute Pericarditis Associated With Graves' Disease: A Case Report. *Cureus*, v. 17, n. 2, e78588, 2025.

IMAZIO, Massimo et al. Outcomes of acute pericarditis with an inflammatory phenotype. *International Journal of Cardiology*, v. 423, p. 132945, 2025.

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

LORENZO-ESTELLER, Laia et al. Pericardial Disease in Patients with Cancer: Clinical Insights on Diagnosis and Treatment. *Cancers*, v. 16, n. 20, p. 3466, 2024.

MARQUES, Cindy; CACOUB, Patrice. [Pericarditis]. *La Revue du Praticien Médecine Générale*, v. 71, n. 1, p. 79-83, 2021.

SHAHID, Rida et al. Pediatric Pericarditis: Update. *Current Cardiology Reports*, v. 25, p. 157-170, 2023.