

Pericardiopatias

Introdução

O pericárdio é um saco composto por duas camadas: Pericárdio Visceral e Pericardio Parietal, as quais são separadas por uma quantidade pequena de líquido ultra-filtrado plasmático (15-50ml).

As doenças do pericárdio, **as pericardites**, são divididas didaticamente em: Agudas, subagudas e crônicas de acordo com o período de duração da doença. Quadros com duração menor que 6 semanas são agudos, e com mais de 6 meses são crônicos. Entre 6 semanas e 6 meses, são considerados subagudos.

Pericardite Aguda

Etiologias:

Viral/Idiopática: Causa mais comum de Pericardite.

Virus mais relacionados: **Coxsackie B e Echovirus tipo 8**

Em geral, o quadro clínico é leve e autolimitado, sem necessidade de investigação.

Tratamento realizado com AINEs ou AAS em dose elevada.

Bacteriana ou Piogênica: Quadro grave com febre alta, calafrios e prostração intensa.

Em geral, a infecção se dá por contiguidade: Pneumonia, Empiema Pleural, Mediastinite

Tratamento: Pericardiocentese com drenagem e antibioticoterapia (Oxacilina + Gentamicina).

Urêmica: Derrame sanguinolento

Costuma responder satisfatoriamente à diálise. Casos refratários podem ser tratados com AINEs, corticoides locais ou Pericardiectomia.

Desordens Reumatológicas:

Artrite Reumatóide: Geralmente afeta pacientes com doença avançada e nódulos subcutâneos. Líquido pericárdico com glicose muito baixa e Fator Reumatóide Positivo. Não responde a corticoide.

Febre Reumática: Curso autolimitado. Achado patológico de “pão com manteiga”. Tratamento com AAS ou Corticoide.

Lupus Eritematoso Sistêmico: Relacionado à atividade de doença, podendo ser tratado com AINEs e/ou corticoide em doses anti-inflamatórias.

Quadro Clínico:

Dor torácica: Localização precordial, contínua, do tipo pleurítica, que melhora na posição sentada e inclinada para frente (posição genupeitoral) ou abraçado ao travesseiro e piora em decúbito dorsal.

Dispnéia: Devido à dor pleurítica gerando hipoventilação, causando sensação de dispneia.

Atrito Pericárdico: Patognomônico: Presente em até 85% dos casos. Ruído mais intenso na borda esternal esquerda quando o paciente se senta com tronco inclinado pra frente, de tom áspero.

Taquicardia.

ECG: O processo inflamatório pode se estender ao epicárdio gerando alterações eletrocardiográficas que podem ocorrer em até 60% dos casos, que são:

1. Supradesnível de ST de aspecto côncavo, em várias derivações, contudo geralmente poupando V1 e aVR.
2. Infradesnível do segmento PR (alteração mais específica), principalmente nas derivações periféricas e em V5 e V6.



Como fazer para diferenciar o Supra de ST do IAM do Supra de ST da Pericardite Aguda?

1. O Supra de ST da pericardite costuma possuir concavidade voltada para cima. Já no IAM, não.
2. O Supra de ST da pericardite afeta diversas derivações em paredes diferentes, sendo difuso no ECG. Já no IAM, o supra de ST afeta derivações contíguas, referentes à parede miocárdica afetada.
3. Na pericardite pode haver o Infra de PR, que não ocorre no IAM.
4. O supra de ST da pericardite não evolui com formação de onda Q de necrose.
5. A inversão de onda T na pericardite só ocorre após o retorno do ST à linha de base.

E a troponina tem valor para diferenciar Pericardite de IAM?

Outro fator de confusão entre pericardite aguda e IAM é a elevação dos marcadores de necrose miocárdica que também pode ocorrer na pericardite aguda devido à possibilidade de lesão miocárdica por contiguidade ao processo inflamatório, quadro que denominamos como miopericardite.

Exames Complementares:

O Raio X de tórax e o Ecocardiograma transtorácico podem estar normais nos pacientes com pericardite aguda, uma vez que eles só se alteram quando há derrame pericárdico significativo. Em geral, só ocorre aumento da área cardíaca no RX de tórax com o acúmulo de mais de 200ml de líquido no pericárdio. Um ECO normal não exclui o diagnóstico de pericardite aguda.

Os exames laboratoriais podem evidenciar elevação dos marcadores inflamatórios como VHS e PCR-t, além de leucocitose principalmente nos casos de pericardite piogênica.

Pericardite Pós-IAM:

Existe um subtipo especial de pericardite que ocorre pós-IAM que pode ser precoce ou tardia.

Pericardite pós-IAM precoce (Epistenocárdica) -> Taxa de incidência de 20%. Ocorre geralmente nas primeiras 2 semanas pós-IAM. O paciente apresenta dor torácica pleurítica (ventilatório-dependente) e posição-dependente (alivia quando senta). A presença de atrito pericárdico, ECG com infra de PR e novo supra de ST de formato côncavo em várias derivações corroboram o diagnóstico. O tratamento é feito com AAS

1g VO de 6/6h.

Pericardite pós-IAM tardia (Síndrome de Dressler) - Taxa de incidência de 5%. Geralmente ocorre 2-6 semanas pós-IAM devido a quadro auto-imune contra antígenos pericárdicos, apresentando-se com febre baixa, mialgia, dor pleurítica, leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios. Tratamento é feito com AAS 1g VO de 6/6h, sendo permitido uso de corticoide após 4 semanas do IAM (antes disso pode predispor ao remodelamento ventricular).

Pericardite Crônica

Existem diversas etiologias diferentes para pericardite crônica e, algumas vezes, os derrames pericárdicos crônicos são encontrados em pacientes assintomáticos e sem história prévia de pericardite aguda. **A causa mais comum é a tuberculose.**

Outras causas: Mixedema, Neoplasias, LES, Artrite Reumatóide, Infecções fúngicas, radioterapia torácica, infecções piogênicas e quilopericárdio.

Pericardite Constrictiva

É um tipo de pericardite crônica. Ocorre devido a obliteração da cavidade pericárdica pela formação de tecido de granulação após resolução de quadro de pericardite fibrinosa ou serofibrinosa aguda ou após a reabsorção de um derrame pericárdico crônico. A causa mais comum é a **tuberculose pericárdica.**

Na pericardite constrictiva, temos um espessamento e endurecimento do pericárdio que forma uma espécie de “carapaça” em volta do coração prejudicando o enchimento ventricular. Pode haver, inclusive, calcificação do pericárdio. Neste caso, o volume diastólico final ventricular e o volume sistólico estão reduzidos, e a pressão diastólica final em ambos os ventrículos bem como as pressões médias nos átrios e veias pulmonares encontram-se em patamares elevados semelhantes. Em geral, a função miocárdica é normal ou levemente reduzida.

Nos concursos para acadêmicos bolsistas, a pericardite constrictiva costuma ser cobrada pelos seus achados clínicos característicos, que são:

1. Síndrome Edemigênica: **Ascite** importante e edema de MMII;

2. Turgência Jugular com **sinal de Kussmaul** (ingurgitamento da veia jugular na inspiração);
3. **Knock Pericárdico**: sopro protodiastólico que pode ser confundido com B3;
4. **Sinal de Broadbent**: *Ictus cordis* atenuado que retrai-se na sístole;
5. Hepatomegalia congestiva;
6. **Alterações no pulso venoso**: *Contorno em forma de M, com deflexões X e Y proeminentes, sendo a deflexão Y a mais proeminente.*

O tratamento definitivo desses casos é a Pericardiectomia que deve ser a mais completa possível. A mortalidade cirúrgica situa-se na faixa de 5-10%.

Tamponamento Cardíaco

O tamponamento cardíaco é a complicação aguda mais temida da pericardite aguda, sendo caracterizado pelo acúmulo de líquido pericárdico sobre pressão, comprimindo todas as câmaras cardíacas, causando restrição diastólica e baixo débito cardíaco que pode evoluir para choque circulatório obstrutivo.

O tamponamento cardíaco é um quadro emergencial e deve ser prontamente diagnosticado para que medidas de urgência sejam tomadas. Os achados clínicos mais característicos do tamponamento são:

Pulso Paradoxal: Queda da pressão arterial sistólica superior a 10mmHg (20mmHg conforme algumas referências) durante a inspiração. A fisiopatologia do pulso paradoxal é simples. Durante a inspiração profunda, temos redução da pressão intratorácica, gerando aumento do retorno venoso para as cavidades direitas do coração. Devido à presença do derrame pericárdico com alta pressão, o sangue que preenche o VD durante a inspiração comprime o septo interventricular contra o VE, diminuindo sua luz e, conseqüentemente, gerando redução do débito cardíaco e choque.

Tríade de Beck: Hipotensão arterial + Turgência Jugular patológica + Hipofonese de bulhas cardíacas.

Alterações no pulso venoso: Descenso Y abolido. Lembrando que, na análise do pulso venoso, o descenso Y representa o momento da abertura tricúspide e a saída de sangue do átrio direito para o ventrículo direito.

No ECOTT, os principais achados são colapso de câmaras direitas e aumento da velocidade de enchimento de câmaras direitas e diminuição nas câmaras esquerdas.

Tratamento: O tamponamento cardíaco é uma emergência médica e deve ser tratado como tal, de forma que a terapêutica envolve a pericardiocentese de alívio, a qual deve ser guiada por ultrassonografia. Às vezes, retirada de cerca de 20ml de líquido pericárdico pode ser o suficiente para evitar a morte do paciente por choque obstrutivo.

Geralmente o líquido pericárdico retirado possui características exsudativas.

O líquido hemorrágico possui como causa mais comum as neoplasias (nos EUA) e a tuberculose (nos países em desenvolvimento), apesar de também poder ser causado por febre reumática aguda, IAM e insuficiência renal/diálise.

