

DOENÇAS DO PERICÁRDIO

PERICARDITE AGUDA

ETIOLOGIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMENTO

DERRAME PERICÁRDICO E TAMPONAMENTO

FATORES PRECIPITANTES

EXAMES COMPLEMENTARES

PERICARDIOCENTESE

PERICARDITE CONSTRICTIVA

ETIOLOGIA

CLINICA

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PERICARDIO

O pericárdio é constituído de duas membranas de 1 a 2 mm e com 15 a 50 ml de líquido em seu interior que pode aumentar em situações como inflamatórias, infecciosas, traumas, hipotireoidismo e neoplásicas.

PERICARDITE AGUDA

Etiologia:

- 90% dos casos viral e idiopática, agentes virais são coxsackie, echovirus, Epstein Bar vírus, influenza, vírus HIV etc.
- Outras infecciosas são: bacterianas (tuberculose, estafilococcus, hemophilus influenza, pneumococcus), fúngicas (histoplasmoses, blastomicose, coccidiomicose).
- Doenças do tecido conectivo: artrite reumatóide, lúpus disseminado e esclerose sistêmica
- Auto imune: febre reumática, pós cardiectomia, pós IAM (Síndrome de Dressler)
- Metabólica: uremia, mixedema, hipotireoidismo.
- Neoplásicas: primárias (mesotelioma, sarcoma) e secundárias (pulmão, mama, linfomas)
- Outras: traumáticas, dissecação de aorta, medicamentosa: drogas quioterápicas, procainamida, hidralazina, metildopa, sulfas etc.

Diagnóstico:

Clínica Exame físico	ECG	Radiografia tórax	Ecocardiograma	Laboratório (marcadores)
- pródromo viral 14 dias antes - dor contínua postural, retroesternal - febre, taquicardia, dispneia - pode ter atrito pericárdio, aumenta no retorno venoso e elevação dos menbrs inferiores	supra de ST côncavo e difu- so, depressão do segmento PR, mudanças na onda T temporal	- normal até coração de moringa, pode revelar patologia associada pulmão mediastino e neoplasia	pode ser útil no diagnóstico de dor torácica com ECG duvidoso ou para ver derrame pericárdio ou tamponamento	VHS, PCR, DHL leucocitose. CK-MB e tropo- nina em até 49% - quase sempre < 1,5 ng/ml

Diagnóstico diferencial:

	Supra de ST (derivações)	Evolução do segmento ST	Segmento PR
IAM	localizado e convexo com imagens em espelho	Horas, com onda Q de necrose.	Normal
Pericardite	Difuso e cônica- vo D1, D2, AVL AVF V3-V6	Dias a semanas	Depressão exceto em AVR e V1

	Pericardite	Repolarização precoce
Sexo	Ambos	Mais em homens, jovens, e vagotônicos
Idade	Qualquer	Geralmente < 40 anos
Alteração do segmento PR	Comun	Incomun
Ondas T	Normal, achatada	Elevadas, apiculadas
Razão amplitude J-ST/T em V6	> 25%	< 25%
Onda R - Maior	Normalmente em V6	Normalmente em V4

Tratamento:

- Medidas gerais, restrição da atividade física, hospitalização quando necessária para definir o diagnóstico, determinar etiologia, em casos de suspeitas e risco de tamponamento e para ver o efeito do tratamento.
- Medicamento antiinflamatórios não hormonais (AINH)
Ibuprofeno: 300 a 800 mg VO a cada 6 a 8 horas por 5 a 7 dias ou
AAS: 300 a 600 mg a cada 4 a 6 horas, por 5 a 7 dias
Indometacina: 25 a 50 mg, 2 a 3 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas, evitar em idosos (reduz fluxo coronário)

Prevenção de pericardite recorrente:

- Colchicina 1 a 2 mg no primeiro dia, seguido de 0,5 mg, 1 ou 2 xx/dia durante 06 meses.
- Corticoides (evitar como primeira opção): Prednizona 1 a 1,5 mg/Kg dia por 30 dias.
- Pericardiotomia percutânea por balão.
- Pericardiectomia somente em frequentes recorrências, muito sintomáticas e resistentes à medicação.

Complicações:

- Derrame e tamponamento
- Pericardite constrictiva, podendo ser transitória
- Pericardite fibro elástica
- Pericardite efusivo constrictivo
- Constrição crônica
- Pericardite recorrente (20 a 25% dos casos) - AINH podendo ser associado a colchicina e/ou corticoides.

Indicação de punção e drenagem:

- Tamponamento pericardio (classe I)
- Opicional em derrames importantes ou recorrentes (classe IIa)
- Opicional se testes inconclusivos (classe IIa)
- Opicional em caso de derrames discretos (classe IIb)
- No caso de líquido pericárdico fazer análise completa
- Exames adicionais: TC de torax, ressonância magnética do coração, pericardioscopia, biopsia

DERRAME PERICÁRDICO E TAMPONAMENTO

- Emergência médica que necessita de diagnóstico rápido para realização da drenagem.

- Compressão cardíaca por substâncias do interior do espaço pericárdico, com pressão pericárdica maior que intracárdica levando à diminuição do enchimento ventricular (diastólico) com queda do volume sistólico e débito cardíaco. Mecanismos de compensação: taquicardia, aumento da resistência periférica e sistêmica. O tamponamento pode resultar em pulso paradoxal, hipotensão, elevação da pressão venosa central, abafamento de bulhas, arritmias atriais, dispnéia com taquicardia e pulmões limpos, choque e parada cardiorespiratória com dissociação eletromecânica ou atividade elétrica sem pulso.

- Fatores precipitantes: pericardite, medicamentos, neoplasias, cirurgia cardíaca recente, uremia, septicemia, uso de cateteres, passagem de marcapasso temporário.

- Exames complementares:

ECG	RX de torax	Ecocardiograma	Hemodinâmica
normal, taquicardia sinusal, alteração de ST, alternância elétrica, arritmia atrial, bradicardia, dissociação eletromecânica.	alargamento da silhueta cardíaca com pulmão limpo. “coração moringa”	colapso do VD ou da via de saída, colapso do AD sistólico, colapso do AE, dilatação da veia cava inferior que não colaba na inspiração, dança do coração, aumento da velocidade do fluxo na tricúspide 80% e diminui na mitral em 40% na inspiração.	interpretação das curvas com cateter na artéria pulmonar (Swan-Ganz): elevação das pressões de enchimento, equalização nas pressões diastólicas finais, baixo débito, aumento importante na resistência vascular sistêmica.

- Pericardiocentese:

- Classe I

- Tamponamento cardíaco
- Derrame pericárdico com mais de 20 mm ao ecocardiograma em diástole,
- Suspeita de derrame pericárdico por TB ou purulento

- Classe IIa

- Derrame pericárdico com 10 a 20 mm ao ecocardiograma em diástole, com finalidade diagnóstica (exceto com suspeita de TB ou purulento)
- Suspeita de derrame neoplásico

- Classe IIb

- Derrames com < 10 mm ao ecocardiograma, para diagnóstico (exceto com suspeita de TB ou purulento).

- Classe III

- Dissecção aórtica
- C.I. relativas: coagulopatias não corrigida, anticoagulação, trombocitopenia < 50000, derrames pequenos, loculações ou posteriores.

PERICARDITE CONSTRICTIVA

Condição secundária a inflamação crônica e fibrose do pericárdio, com redução do enchimento cardíaco e da função ventricular e insuficiência do tipo diastólica predominante. Principal diagnóstico diferencial é com miocardiopatia restritiva, usar exames complementares. Na forma efusiva a constrição ocorre na vigência de derrame tenso no espaço pericárdico.

Etiologia:

Tuberculose, Irradiação, Cirurgias cardíacas prévias, Pós trauma, Doença do tecido conectivo, IRC, Pericardite recorrente.

Clínica:

Congestão venosa sistêmica crônica, aumento da jugular, aumento da PVC, baixa pressão de pulso, ascite, edema de membros inferiores, caquexia

Exames complementares:

ECG:

- normal a baixa voltagem de QRS, inversão de onda T, arritmias atriais, distúrbios de condução AV e de ramos, padrão de pseudo infarte.

Radiografia de torax:

- pode mostrar calcificação de pericárdio, derrame pleural

Cateterismo cardíaco:

- sinal da raiz quadrada na curva de pressão do VE e VD, igualdade nas pressões diastólicas finais de VE e VD, provas de volume podem revelar o diagnóstico.

Ecocardiograma:

- espessamento pericárdico e calcificações - ausente em 20%
- pouco aumento das cavidades e função normal
- aumento na cava e veias hepáticas com variação restritiva
- anormalidade do septo atrial e ventricular com abaulamento para esquerda
- achatamento da parede posterior do VE
- padrão restritivo de ambos ventrículos

TC de torax/ RNM :

- melhor avaliação do espessamento do pericárdio, sinal da raiz quadrada, provas de volumes podendo demonstrar casos ocultos.

Tratamento:

- Pericardiectomia por torocotomia anterolateral ou esternotomia mediana, o uso de laser como ajuda pode ser importante na liberação de calcificações, a mortalidade varia de 6 a 12% em casos selecionados e não selecionados pode chegar à 40%, devendo excluir pacientes com atrofia miocárdica significativa ou fibrose extensa.

Leituras recomendadas:

1 - Heart Disease – Braunwald, 5 Edition

2 - Livro: SOCESP – Cardiologia, Atualização e Reciclagem

6 - Livro: Condutas em terapia intensiva cardiológica, Marcos knobel, Jose Marconi Almeida de Souza, Elias Knobel, 2008, pág. 668-682