

**DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DA PERICARDITE URÊMICA: DA ANAMNESE AOS
EXAMES COMPLEMENTARES DE URGÊNCIA**

**DIAGNOSTIC CHALLENGES OF UREMIC PERICARDITIS: FROM MEDICAL
HISTORY TO URGENT COMPLEMENTARY EXAMINATIONS**

**DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS DE LA PERICARDITIS URÉMICA: DE LA HISTORIA
CLÍNICA A LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS URGENTES**



10.56238/MedCientifica-108

Fernando Malachias de Andrade Bergamo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Pinhais

Ryan Rafael Barros de Macedo

Graduando em Medicina

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

Natália Borges Alencar

Graduando em Fisioterapia

Instituição: Instituto de Educação Superior Raimundo Sá (IERSA)

Thauan Pereira Santos

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP)

Júlio César Alcantara de Deus

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário UNIFACIG

Nicoli Viana Alves

Graduando em Medicina

Instituição: Fundación Héctor Alejandro Barceló (FHAB)

Maryam Andrade Froz

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Fernanda Iara Rodrigues Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (Estácio IDOMED FMJ)



Rafael dos Anjos Seabra

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios

Sílvio Luiz de Souza Júnior

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP)

RESUMO

Introdução: A pericardite urêmica é uma complicação inflamatória grave do pericárdio que acomete principalmente pacientes adultos com doença renal crônica avançada, especialmente aqueles em estágio terminal, em pré-diálise ou nas primeiras semanas após o início da terapia dialítica. Apesar da redução de sua incidência com os avanços da hemodiálise, permanece associada a elevada morbidade e risco de tamponamento cardíaco, exigindo reconhecimento precoce no contexto de urgência. **Objetivo:** Sintetizar as evidências atuais sobre os desafios diagnósticos da pericardite urêmica, desde a anamnese até os exames complementares utilizados na abordagem de urgência, em pacientes adultos com insuficiência renal grave. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases PubMed e StatPearls, incluindo artigos publicados entre 2018 e 2026, em português e inglês. Utilizaram-se os descritores “uremic pericarditis”, “diagnosis” e “management”, combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos clínicos, revisões e relatos relevantes que abordassem critérios diagnósticos, métodos de imagem e manejo em cenário emergencial. **Resultados:** Os achados indicam que, em pacientes adultos com doença renal terminal ou azotemia acentuada, a pericardite urêmica apresenta-se predominantemente com dor torácica pleurítica e atrito pericárdico, embora manifestações atípicas sejam frequentes. O eletrocardiograma demonstra baixa sensibilidade nessa população, enquanto o ecocardiograma configura-se como exame fundamental para detecção de derrame pericárdico e avaliação de tamponamento. A intensificação da diálise mostrou-se a principal estratégia terapêutica, com resolução clínica na maioria dos casos, reservando-se intervenções invasivas para situações refratárias ou instabilidade hemodinâmica. **Conclusão:** A pericardite urêmica permanece um desafio diagnóstico relevante em pacientes adultos com insuficiência renal avançada, sobretudo em serviços de urgência. A integração entre anamnese, exame físico e métodos de imagem é essencial para o diagnóstico precoce e para a redução de complicações potencialmente fatais.

Palavras-chave: Pericardite Urêmica. Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Tamponamento Cardíaco. Diagnóstico de Urgência. Ecocardiografia.

ABSTRACT

Introduction: Uremic pericarditis is a serious inflammatory complication of the pericardium that mainly affects adult patients with advanced chronic kidney disease, especially those in the end-stage, pre-dialysis, or in the first weeks after the start of dialysis therapy. Despite the reduction in its incidence with advances in hemodialysis, it remains associated with high morbidity and risk of cardiac tamponade, requiring early recognition in the emergency setting. **Objective:** To synthesize the current evidence on the diagnostic challenges of uremic pericarditis, from anamnesis to complementary examinations used in the emergency approach, in adult patients with severe renal failure. **Methodology:** This is a narrative literature review, conducted in the PubMed and StatPearls databases, including articles published between 2018 and 2026, in Portuguese and English. The descriptors “uremic pericarditis”, “diagnosis”, and “management” were used, combined with Boolean operators. Clinical



studies, reviews, and relevant reports addressing diagnostic criteria, imaging methods, and management in emergency settings were included. Results: The findings indicate that, in adult patients with end-stage renal disease or severe azotemia, uremic pericarditis predominantly presents with pleuritic chest pain and pericardial friction rub, although atypical manifestations are frequent. Electrocardiography shows low sensitivity in this population, while echocardiography is a fundamental examination for detecting pericardial effusion and evaluating tamponade. Intensification of dialysis proved to be the main therapeutic strategy, with clinical resolution in most cases, reserving invasive interventions for refractory situations or hemodynamic instability. Conclusion: Uremic pericarditis remains a relevant diagnostic challenge in adult patients with advanced renal failure, especially in emergency departments. The integration of medical history, physical examination, and imaging methods is essential for early diagnosis and for reducing potentially fatal complications.

Keywords: Uremic Pericarditis. Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Cardiac Tamponade. Emergency Diagnosis. Echocardiography.

RESUMEN

Introducción: La pericarditis urémica es una complicación inflamatoria grave del pericardio que afecta principalmente a pacientes adultos con enfermedad renal crónica avanzada, especialmente aquellos en etapa terminal, prediálisis o en las primeras semanas tras el inicio de la terapia de diálisis. A pesar de la reducción de su incidencia con los avances en hemodiálisis, sigue asociada a una alta morbilidad y riesgo de taponamiento cardíaco, lo que requiere un reconocimiento temprano en el ámbito de la urgencia. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia actual sobre los desafíos diagnósticos de la pericarditis urémica, desde la anamnesis hasta los exámenes complementarios utilizados en el abordaje de urgencia, en pacientes adultos con insuficiencia renal grave. **Metodología:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada en las bases de datos PubMed y StatPearls, que incluye artículos publicados entre 2018 y 2026, en portugués e inglés. Se utilizaron los descriptores “pericarditis urémica”, “diagnóstico” y “manejo”, combinados con operadores booleanos. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones e informes relevantes que abordaron los criterios diagnósticos, los métodos de imagen y el manejo en el ámbito de la urgencia. **Resultados:** Los hallazgos indican que, en pacientes adultos con enfermedad renal terminal o azoemia grave, la pericarditis urémica se presenta predominantemente con dolor torácico pleurítico y roce pericárdico, aunque las manifestaciones atípicas son frecuentes. La electrocardiografía muestra baja sensibilidad en esta población, mientras que la ecocardiografía es una prueba fundamental para detectar derrame pericárdico y evaluar taponamiento. La intensificación de la diálisis resultó ser la principal estrategia terapéutica, con resolución clínica en la mayoría de los casos, reservando las intervenciones invasivas para situaciones refractarias o inestabilidad hemodinámica. **Conclusión:** La pericarditis urémica sigue siendo un reto diagnóstico relevante en pacientes adultos con insuficiencia renal avanzada, especialmente en urgencias. La integración de la historia clínica, la exploración física y las técnicas de imagen es esencial para el diagnóstico precoz y la reducción de complicaciones potencialmente mortales.

Palabras clave: Pericarditis Urémica. Enfermedad Renal Crónica. Hemodiálisis. Taponamiento Cardíaco. Diagnóstico de Urgencia. Ecocardiografía.



1 INTRODUÇÃO

A pericardite urêmica é uma complicação inflamatória grave que afeta o pericárdio de pacientes com disfunção renal severa, sendo observada principalmente em indivíduos com doença renal terminal ou azotemia acentuada (Rhabneh et al., 2025). Historicamente, esta condição apresentava uma prevalência elevada, mas os avanços nas técnicas de hemodiálise e a iniciação precoce das terapias de substituição renal reduziram sua incidência para aproximadamente 5% a 20% (Peride et al., 2025; Badwan et al., 2023). Apesar dessa redução, a condição permanece associada a uma morbidade significativa e ao risco de complicações fatais, como o tamponamento cardíaco (Nabalawi, 2025).

Clinicamente, é fundamental distinguir a pericardite urêmica da pericardite associada à diálise. A forma urêmica ocorre tipicamente antes ou dentro das primeiras oito semanas após o início da diálise, enquanto a forma associada à diálise manifesta-se em pacientes já estabilizados em terapia dialítica por mais de oito semanas, geralmente devido à subdiálise ou ineficácia do tratamento (Peride et al., 2025; Badwan et al., 2023). O reconhecimento precoce por meio da anamnese e do exame físico, aliado ao uso estratégico de exames complementares, é crucial para evitar o atraso diagnóstico e garantir a intervenção imediata, que se baseia primordialmente na intensificação da diálise (Rhabneh et al., 2025; Silva et al., 2022).

2 METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, elaborada com o intuito de consolidar e examinar criticamente as evidências científicas contemporâneas acerca dos Desafios Diagnósticos da Pericardite Urêmica. A prospecção de dados foi realizada por meio de consulta à base de dados PubMed e StatPearls, empregando-se os descritores "Uremic Pericarditis", "Diagnosis" e "Treatment", articulados via operadores booleanos para refinar a busca conforme a terminologia MeSH. A amostra foi constituída por artigos publicados no período compreendido entre 2021 e 2026, selecionando-se apenas textos disponíveis na íntegra em português ou inglês que detivessem correlação direta com o objeto de estudo. Foram desconsiderados trabalhos duplicados, estudos com fragilidade metodológica e aqueles que não abordavam os critérios diagnósticos ou as estratégias de manejo de urgência. O processo de seleção envolveu a análise criteriosa de títulos, resumos e, subsequentemente, o exame detalhado dos textos completos. Os dados obtidos foram sintetizados de maneira descritiva para compor a presente revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 FISIOPATOLOGIA E GATILHOS INFLAMATÓRIOS

A patogênese da pericardite urêmica está intrinsecamente ligada ao acúmulo de toxinas metabólicas e resíduos nitrogenados no sangue, que deflagram um estado pró-inflamatório sistêmico



e local (Rhabneh et al., 2025). Níveis de nitrogênio ureico no sangue (BUN) geralmente acima de 60 mg/dL estão correlacionados à condição, embora a severidade da inflamação nem sempre acompanhe proporcionalmente os níveis de ureia ou creatinina (Peride et al., 2025). Essas toxinas ativam células imunes e induzem a liberação de citocinas pró-inflamatórias, como interleucina-1 (IL-1), interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), promovendo dano pericárdico e fibrose (Peride et al., 2025; Rhabneh et al., 2025).

3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O quadro clínico é dominado pela dor torácica pleurítica, que tipicamente melhora quando o paciente se inclina para frente (posição genupeitoral) e piora em decúbito (Rhabneh et al., 2025; Silva et al., 2022). O achado físico mais patognomônico é o atrito pericárdico, audível em até 83% dos casos, descrito como um som ríspido e trifásico (Badwan et al., 2023; Rhabneh et al., 2025). Contudo, o diagnóstico pode ser desafiador dado que é fundamental excluir na avaliação inicial tamponamento cardíaco, síndromes coronarianas e aórticas agudas, pois pacientes em terapia dialítica possuem maior risco de eventos cardiovasculares graves. (Osamah Badwan et al., 2023). Relatos recentes mostram que etiologias atípicas, como a infecção por SARS-CoV-2 ou a Síndrome de Lise Tumoral, podem atuar como cc da pericardite em pacientes com doença renal terminal, exigindo uma investigação etiológica rigorosa para excluir causas virais, autoimunes ou neoplásicas (Silva et al., 2022; Emidio et al., 2023).

A Síndrome de Lise Tumoral (SLT) por ser uma emergência oncológica pelo grau de destruição de células cancerígenas vem sendo discutida e abordada por se relacionar de maneira clinicamente comportamental a Pericardite, como a dor típica Retroesternal e pleurítica que pode ser relacionada em primeira instância a um IAM/SCA. Alguns achados de SLT podem influenciar um quadro clínico que se relacione a pericardite, como Insuficiência Renal aguda, a qual se caracteriza pelo aumento do nível de creatina em um curto período de tempo e distúrbios eletrolíticos: Hiperuricemia, Hiperfosfatemia, Hipocalcemia e Hipercalemia leve, que sugerem achados metabólicos graves associados não apenas a pericardite (Emidio et al., 2023).

A Pericardite Urêmica não se destaca como alto risco apenas no contexto de pacientes com DRC/Dialíticos, outras causas devem ser consideradas, como a Pericardite Viral (Ressaltando por SARS-CoV-2) em que essa patologia pode ser considerada como um diagnóstico diferencial quando há confirmação recente de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Logo, o diagnóstico deve se basear também em contexto epidemiológico (Silva et al., 2022).



3.3 EXAMES COMPLEMENTARES E FERRAMENTAS DE IMAGEM

O Eletrocardiograma (ECG) é uma ferramenta inicial essencial, embora apresente menor sensibilidade em pacientes renais do que na população geral. Os padrões clássicos de elevação difusa do segmento ST e depressão do intervalo PR são observados em menos de 60% dos pacientes com pericardite urêmica, muitas vezes devido à presença de hipertrofia ventricular esquerda basal ou distúrbios eletrolíticos (Rhabneh et al., 2025; Peride et al., 2025; Badwan et al., 2023). Entre todos os achados encontrados no ECG na pericardite aguda urêmica, a taquicardia sinusal é a mais comum, embora não seja específica desta patologia e pode ser encontrada em estado de dor. (Osamah Badwan et al., 2023).

O ecocardiograma é o exame padrão-ouro para detectar e quantificar o derrame pericárdico, sendo vital para identificar sinais de restrição hemodinâmica e tamponamento iminente, como o colapso do átrio e ventrículo direitos (Peride et al., 2025; Rhabneh et al., 2025). Nos casos de derrame pericárdico que necessita de drenagem cirúrgica, a análise do líquido pode ajudar a esclarecer o diagnóstico etiológico e avaliar fatores de complicação, pois derrames urêmicos geralmente são transudativos e derrames exsudativos pode evidenciar uma transformação hemorrágica ou alguma condição sistêmica que contribuiu para o quadro da pericardite urêmica, tais como o glomerulonefrite relacionada à vasculite ou Lúpus Eritematoso Sistêmico (Osamah Badwan et al., 2023).

Além disso, o ecocardiograma permite o acompanhamento evolutivo do volume do derrame após intervenções terapêuticas, especialmente a intensificação da diálise. Ferramentas avançadas como a Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) têm ganhado espaço, permitindo avaliar o realce tardio pelo gadolínio e edema, o que auxilia no monitoramento da resposta ao tratamento em casos refratários (Badwan et al., 2023).

3.4 MANEJO TERAPÊUTICO E URGÊNCIA DIALÍTICA

Os principais avanços no tratamento da pericardite incluem a restrição de exercícios, o uso de combinações de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroidais, colchicina e corticosteroides. Além disso, há a introdução de agentes anti-interleucina-1 para casos mais difíceis de controlar, que não respondem bem ao tratamento padrão. Outro destaque é a personalização das terapias, que passa a ser orientada pelos sintomas clínicos e por exames de imagem, especialmente a ressonância magnética cardíaca (RMC) (IMAZIO et al., 2025).

A base do tratamento é a eliminação das toxinas urêmicas por meio da intensificação da diálise. Recomenda-se a realização de sessões diárias por 7 a 14 dias, o que resulta na resolução dos sintomas em aproximadamente 85% a 90% dos casos (Peride et al., 2025; Badwan et al., 2023). O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como a aspirina, é o esteio farmacológico, mas deve ser cauteloso em pacientes não dependentes de diálise pelo risco de nefrotoxicidade e sangramento



gastrointestinal (Peride et al., 2025; Nabalawi, 2025). A colchicina é recomendada para prevenir recorrências, mas deve ser evitada ou ter a dose ajustada se o clearance de creatinina for inferior a 30 mL/min (Peride et al., 2025; Badwan et al., 2023). Em casos de falha dialítica ou tamponamento, intervenções invasivas como a pericardiocentese ou a criação de uma janela pericárdica tornam-se mandatórias (Rhabneh et al., 2025; Peride et al., 2025).

O tratamento de primeira linha da pericardite urêmica baseia-se na instituição imediata da hemodiálise em pacientes sem terapia renal substitutiva prévia ou na intensificação do regime dialítico naqueles já em diálise, considerando a maior eficiência da hemodiálise na remoção de toxinas urêmicas em comparação à diálise peritoneal. Evidências contemporâneas e recomendações do American College of Cardiology e da American Heart Association reconhecem a pericardite urêmica como indicação absoluta para início urgente de diálise em pacientes com azotemia avançada. Protocolos intensificados incluem sessões frequentes e prolongadas, com monitorização clínica e ecocardiográfica seriada para avaliação da resposta terapêutica. Em casos refratários à abordagem dialítica, a pericardiocentese deve ser considerada, sendo mandatória em situações de tamponamento cardíaco, enquanto intervenções cirúrgicas permanecem reservadas a contextos selecionados de recorrência persistente (Rhabneh; ROUT, 2026).

O manejo da pericardite urêmica e associada à diálise, bem como dos derrames pericárdicos relacionados, envolve estratégias farmacológicas e intervencionistas, embora todas as terapias medicamentosas para doenças pericárdicas sejam consideradas off-label. A hemodiálise intensiva, usualmente realizada por sessões diárias durante 10 a 14 dias, apresenta elevada taxa de resposta clínica, com recorrência relativamente baixa quando comparada à elevada mortalidade associada à ausência de tratamento, enquanto o papel da diálise peritoneal permanece pouco definido pela escassez de evidências. A terapêutica farmacológica da pericardite aguda fundamenta-se no uso de aspirina ou anti-inflamatórios não esteroidais, com escolha individualizada conforme comorbidades, sendo a colchicina recomendada como adjuvante para redução de recorrências. Os corticosteroides devem ser reservados como segunda linha, preferencialmente em associação à colchicina e em doses baixas a moderadas, devido ao risco de cronificação. O tratamento do derrame pericárdico deve priorizar a etiologia subjacente, sendo a drenagem indicada nos casos sintomáticos, refratários ou sem evidência de inflamação ativa; em derrames recorrentes ou hemodinamicamente significativos, procedimentos como janela pericárdica ou pericardiectomia podem ser necessários, especialmente em pacientes com doença renal terminal (Peride et al., 2025).

4 CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, nota-se que a pericardite urêmica continua como uma condição clínica de alta complexibilidade quando se trata da doença crônica avançada. As evidências



encontradas nesta revisão salientam a dificuldade do diagnóstico da patologia, sobretudo em serviços de urgência, devido à frequência atípica de apresentações clínicas, à sobreposição com outras síndromes cardiovasculares agudas e à limitação diagnóstica de exames como ECG nessa população.

Dessa forma, se pode analisar que a síndrome em questão requer uma abordagem completa, integrada e multidisciplinar, fundamentada em protocolos estabelecidos e bem definidos, enfatizando a importância do manejo direcionado e do diagnóstico precoce para evitar consequências fatais e potencializar o prognóstico dos pacientes.





REFERÊNCIAS

BADWAN, O. et al. When should pharmacologic therapies be used for uremic pericarditis? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 90, n. 9, p. 549-554, set. 2023.

EMIDIO, F. C. et al. Tumor Lysis Syndrome Rare Presentation As Uremic Pericarditis: A Case Report. *Cureus*, v. 15, n. 3, p. e35727, mar. 2023.

NABALAWI, R. A. Uremic Pericarditis in a Patient With Hyperphosphatemic Familial Tumoral Calcinosis: Case Report. *Case Reports in Medicine*, v. 2025, p. 1-5, maio 2025.

PERIDE, I. et al. Understanding Hemodialysis-Associated Pericarditis: Causes, Symptoms, and Management Strategies. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 17, p. 5944, ago. 2025.

RHABNEH, L. et al. Uremic Pericarditis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536920/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

SILVA, B. M. et al. Acute pericarditis after COVID 19 in a peritoneal dialysis patient. *CEN Case Reports*, v. 11, p. 487-489, maio 2022.

IMAZIO, Massimo; ADLER, Yehuda; BRUCATO, Antonio; et al. Update on the diagnosis and treatment of pericarditis. *Journal of Cardiovascular Medicine*, v. 26, n. 1, p. 1-13, 2025.

