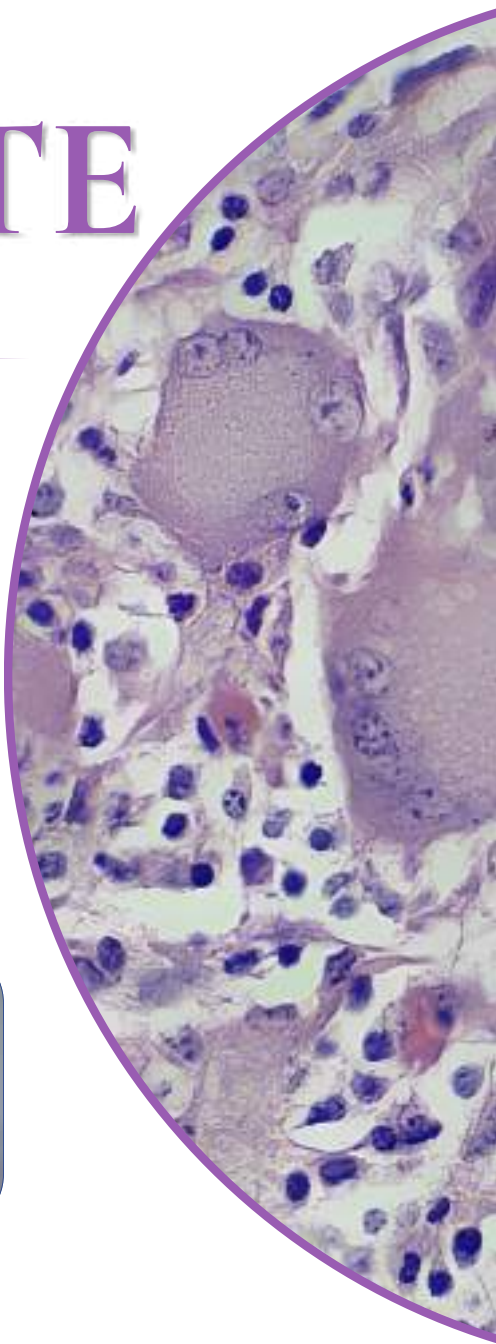


PANCARDITE

Capítulo IV



Erick Vilarim
de Macedo



Juliana Cortez
Chediak



Núbia Souza
Correia



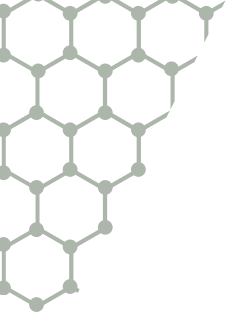
Médice da Silva
Lima



Renata Bryana
de Freitas Grillo



Thamy Yamashita
Shibayama



PANCARDITE

INTRODUÇÃO

A pancardite é um processo inflamatório que acomete simultaneamente as três camadas do coração, pericárdio, miocárdio e endocárdio, podendo também envolver os vasos cardíacos. Geralmente resulta de respostas imunológicas desencadeadas por infecções, doenças autoimunes, processos isquêmicos ou exposição a agentes tóxicos. Seu desenvolvimento envolve mecanismos complexos dos sistemas imunológicos inato e adaptativo, produzindo manifestações como febre, dor torácica, palpitações e dispneia.

Sua origem clássica está associada à Febre Reumática Aguda, doença autoimune desencadeada por infecção por *Streptococcus pyogenes* do grupo A. Nessa condição, ocorre a formação dos nódulos de Aschoff no miocárdio, acompanhada de comprometimento inflamatório do pericárdio e do endocárdio, tornando a pancardite um achado característico da doença.

Cada camada cardíaca apresenta manifestações específicas. No pericárdio, ocorre pericardite, caracterizada por exsudato fibrinoso, geralmente sem sequelas permanentes. O diagnóstico baseia-se na presença de pelo menos dois critérios: dor torácica típica, atrito pericárdico, alterações eletrocardiográficas com elevação difusa do segmento ST ou depressão do PR e derrame pericárdico, frequentemente acompanhados por aumento de marcadores inflamatórios. No miocárdio, a miocardite caracteriza-se por infiltração inflamatória e necrose de miócitos não isquêmicos, conforme os Critérios de Dallas, podendo evoluir para insuficiência cardíaca quando se torna crônica. No endocárdio, a endocardite infecciosa acomete principalmente as valvas cardíacas, promovendo necrose fibrinoide, deposição de fibrina e formação de vegetações, sendo diagnosticada pelos critérios de Duke modificados.

Entre os principais diagnósticos diferenciais estão a miocardite viral, miocardite autoimune, endocardite infecciosa, sarcoidose cardíaca e vasculites sistêmicas com acometimento cardíaco, por apresentarem manifestações clínicas e histológicas semelhantes.

Assim, a pancardite representa uma inflamação difusa do coração, capaz de comprometer significativamente sua função. A evolução clínica depende da intensidade e da extensão do processo inflamatório, sendo o reconhecimento precoce fundamental para o diagnóstico e manejo adequado.

PANCARDITE

CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS

Observam-se espessamento e edema do tecido, associados à presença de pequenas vegetações verrucosas esbranquiçadas e friáveis distribuídas ao longo da linha de fechamento valvar. Essas vegetações são constituídas principalmente por depósitos de fibrina e material inflamatório, conferindo aspecto granular ao revestimento endocárdico. Em casos mais avançados, podem ocorrer fibrose e deformidades estruturais decorrentes do processo inflamatório crônico. A pancardite afeta com maior prevalência este tecido, devido a intensidade das reações autoimunes, presença de estresse mecânico e a composição estrutural dessa região, que é baixa em vascularização, tornando assim mais suscetível a possíveis complicações.

No miocárdio é visível um aspecto flácido, congesto e edemaciado, com áreas pálidas relacionadas ao processo inflamatório. O coração pode estar aumentado, e a superfície externa frequentemente associa-se à pericardite fibrinosa, conferindo aspecto opaco e rugoso.

ALTERAÇÕES MICROSCÓPICAS

O corte histológico evidencia o tecido adiposo pericárdico constituído por adipócitos uniloculares de grandes dimensões, apresentando citoplasma claro e núcleos periféricos achatados. Entre os lóbulos adiposos observa-se infiltrado inflamatório neutrofílico associado à congestão vascular, edema intersticial e discreto espessamento do tecido conjuntivo adjacente, compatível com processo inflamatório pericárdico (**Figura 1**).

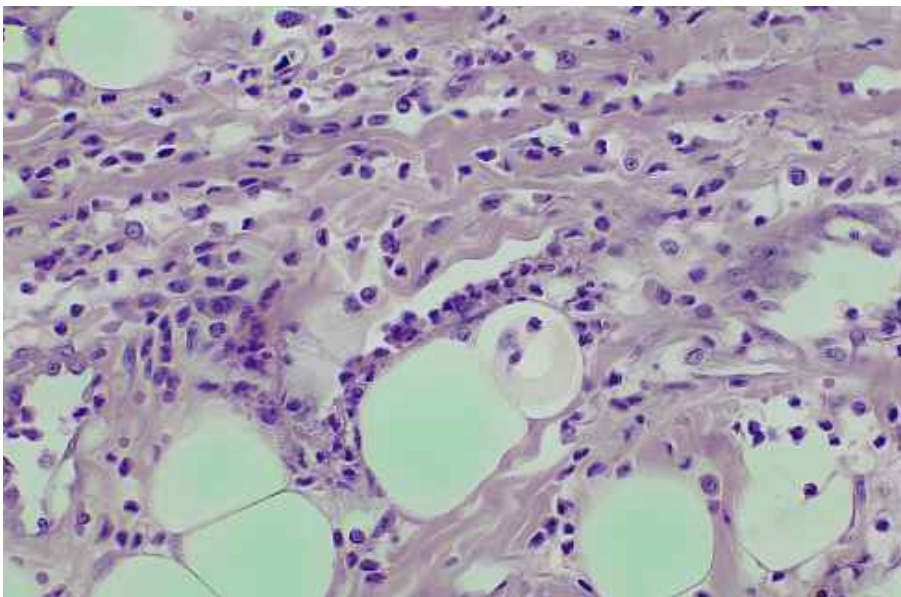
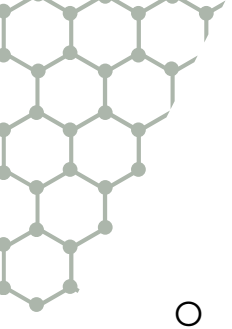


Figura 1. Infiltrado inflamatório neutrofílico em tecido adiposo do pericárdio. (400X, HE).



PANCARDITE

O pericárdio apresenta uma pericardite fibrinosa em fase de organização, caracterizada por tecido de granulação jovem com vasos neoformados, macrófagos e neutrófilos (**Figura 2**). A fibrina depositada está sendo substituída por tecido cicatricial, podendo evoluir para fibrose e aderência entre os folhetos do pericárdio. Essa lesão é inespecífica e, isoladamente, não confirma diagnóstico de febre reumática.

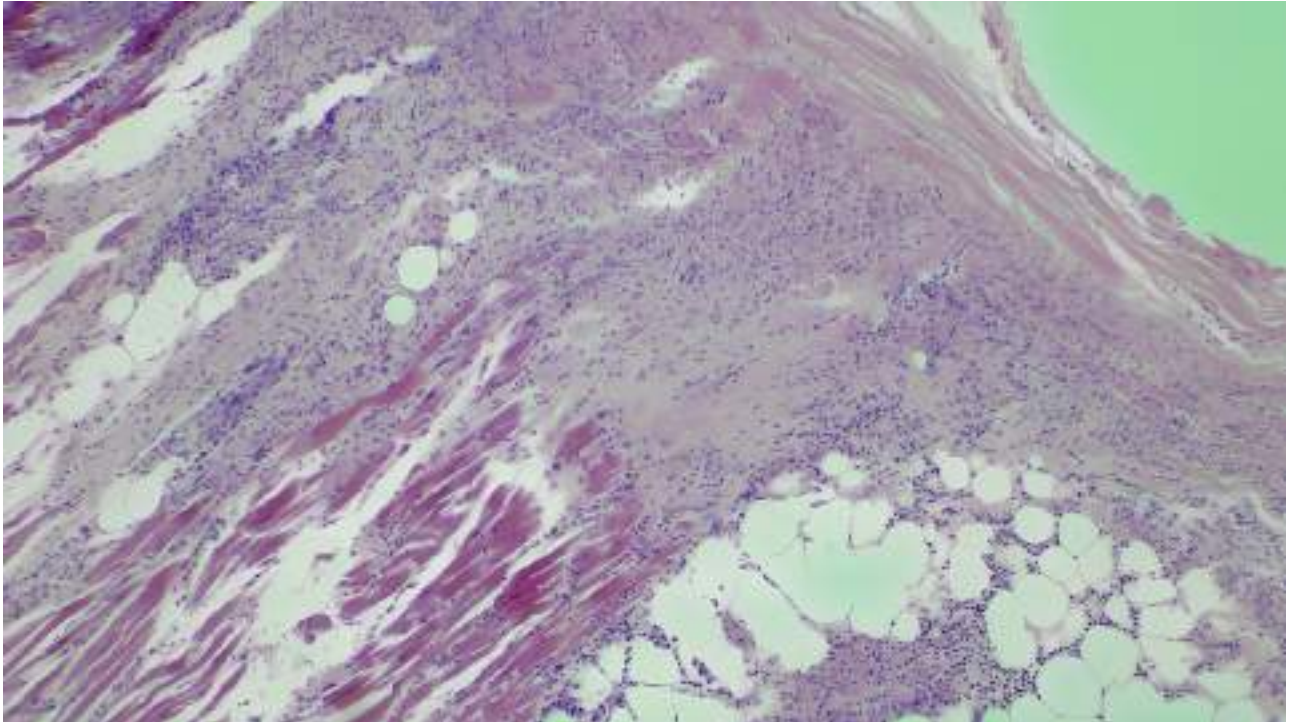


Figura 2. Pancardite demonstrando infiltrado inflamatório neutrofílico em endocárdio, miocárdio e pericárdio. (100X, HE).

O miocárdio evidenciando intenso infiltrado inflamatório neutrofílico intersticial associado a edema e separação dos feixes de cardiomiócitos. Observam-se áreas focais de degeneração e necrose fibrinóide (**Figura 3**). Esse acúmulo de líquido e células inflamatórias no interstício gera um desarranjo no sincício cardíaco, o que, consequentemente, interfere na capacidade de condução elétrica e a contratilidade miocárdica eficiente.

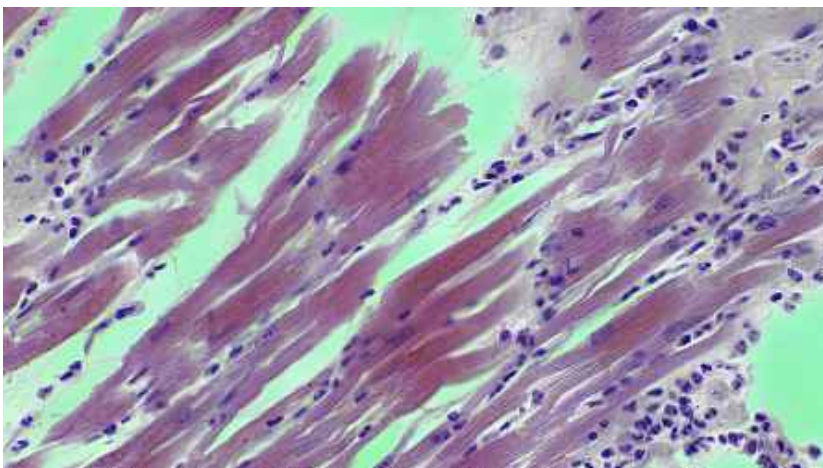


Figura 3. Miocardite com infiltrado inflamatório neutrofílico entre os cardiomiócitos. (400X, HE).

PANCARDITE

O espessamento fibroso difuso dos folhetos valvares, com aumento do tecido conjuntivo colagenizado e discreta perda da arquitetura habitual (**Figura 4**). Observa-se deformidade valvar associada a fibrose crônica, compatível com valvulopatia reumática crônica, caracterizado como uma lesão permanente como resposta a uma reação de caráter autoimune, é a complicação tardia e crônica proveniente do reparo tecidual da valvulite aguda.

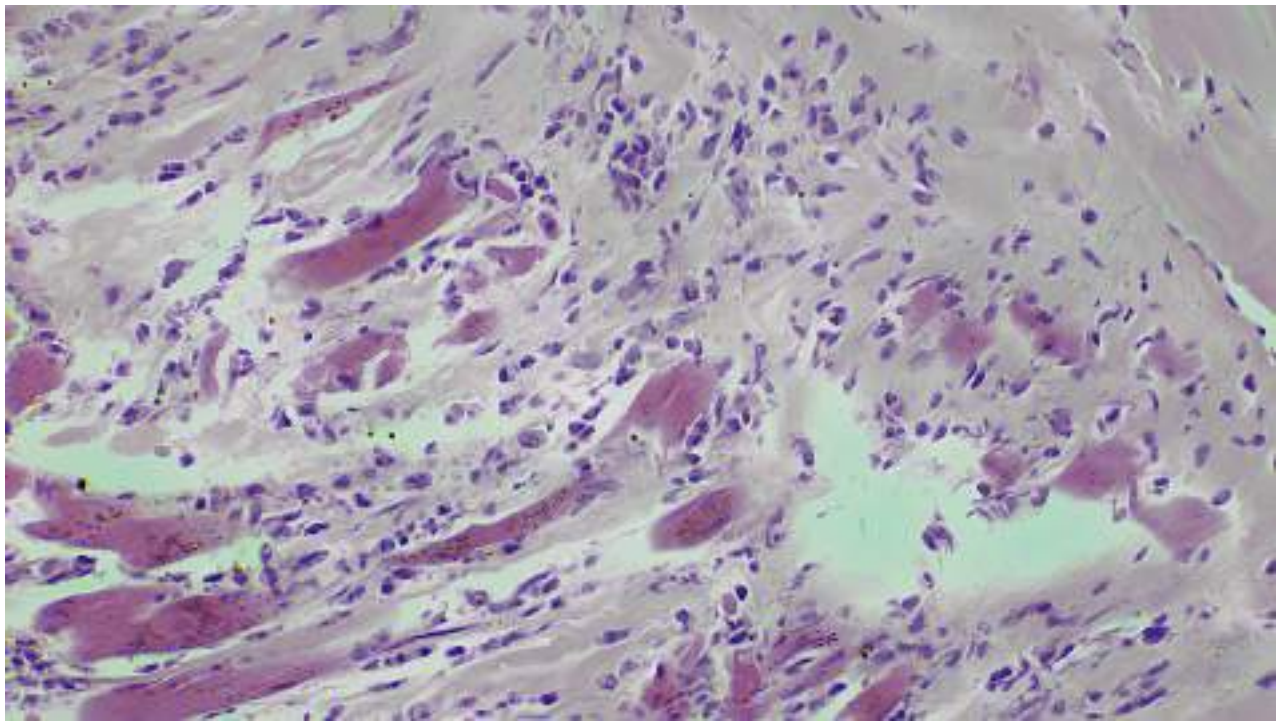
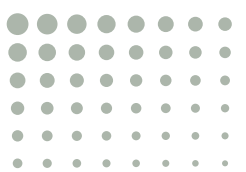


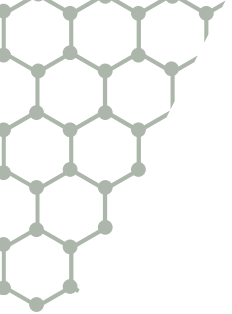
Figura 4. Transição do endocárdio e miocárdio com denso infiltrado inflamatório neutrofílico. (400X, HE).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pancardite representa um processo inflamatório difuso e simultâneo que acomete pericárdio, miocárdio e endocárdio, refletindo a intensidade e a extensão da resposta imunoinflamatória no coração. As alterações observadas, como infiltrado inflamatório neutrofílico, edema intersticial, congestão vascular e deposição de fibrina, evidenciam uma fase aguda da lesão, com potencial de comprometimento funcional significativo do órgão. A associação entre esses achados reforça a natureza sistêmica do processo e sua relevância clínica, especialmente quando relacionada a etiologias imunomediadas, como na febre reumática.

A evolução do quadro inflamatório pode resultar em reparo tecidual com formação de fibrose, levando a alterações estruturais permanentes, principalmente nas valvas cardíacas.





PANCARDITE

Esse processo de remodelamento pode culminar em disfunções valvares crônicas e comprometimento hemodinâmico progressivo. Dessa forma, a compreensão da pancardite não se limita à fase aguda, sendo fundamental considerar suas possíveis sequelas, que contribuem de maneira importante para a morbidade cardiovascular a longo prazo.

REFERÊNCIAS

Aretz, H. T. (1987). Myocarditis: The Dallas criteria. *Human Pathology*, 18(6), 619–624. [https://doi.org/10.1016/S0046-8177\(87\)80363-5](https://doi.org/10.1016/S0046-8177(87)80363-5)

Dominici, L., Marchitelli, L., Ruoli, L., Conia, L., Cundari, G., Pambianchi, G., Catalano, C., & Galea, N. (2024). Cardiac magnetic resonance in inflammatory heart disease: A single tool for multiple clinical scenarios. *Journal of Medical Imaging and Interventional Radiology*, 11, Article 31. <https://doi.org/10.1007/s44326-024-00026-x>

Fowler, V. G., Jr., Durack, D. T., Selton-Suty, C., Athan, E., Bayer, A. S., Chamis, A. L., Dahl, A., DiBernardo, L., Durante-Mangoni, E., Duval, X., Fortes, C. Q., Fosbøl, E., Hannan, M. M., Hasse, B., Hoen, B., Karchmer, A. W., Mestres, C. A., Petti, C. A., Pizzi, M. N., ... Miro, J. M. (2023). The 2023 Duke-International Society for Cardiovascular Infectious Diseases criteria for infective endocarditis: Updating the modified Duke criteria. *Clinical Infectious Diseases*, 77(4), 518–526. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad271>

Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2021). *Robbins & Cotran patologia: Bases patológicas das doenças* (10. ed.). Elsevier.

Universidade Estadual de Campinas. (s.d.). Pancardite reumatismal. Recuperado em 17 de maio de 2026, de <https://anatpat.unicamp.br/lamcard10.html>

Vale, M. C. M. B. (2021). Febre reumática aguda: Manifestações clínicas e diagnóstico. *Residência Pediátrica*, 11(2), 1–7. <https://residenciapediatria.com.br>