

RELATO DE CASO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE SECUNDÁRIA A ESTENOSE ATEROSCLERÓTICA DE ARTÉRIA RENAL

CASE REPORT OF RESISTANT HYPERTENSION SECONDARY TO ATHEROSCLEROTIC RENAL ARTERY STENOSIS

LUIZ EDUARDO GUISELLI GALLINA¹, BÁRBARA LOPES GUIZILINE BANDEIRA²

1. Professor Orientador, Docente da Residência da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 2. Médica Residente de Clínica Médica da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer.

* PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Araçongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-000 biblioteca@hospitaljoaodefreitas.com.br

Recebido em 21/09/2015. Aceito para publicação em 25/11/2015

RESUMO

Fundamento: Estenose da artéria renal, que está presente em 1 a 5% das pessoas com hipertensão arterial resistente, ocorre muitas vezes em associação com doença arterial periférica ou doença arterial coronariana. Além da hipertensão arterial a estenose pode resultar ainda em nefropatia isquêmica, e múltiplas complicações em longo prazo. **Objetivo:** relatar caso de paciente com diagnóstico de hipertensão arterial resistente secundária a estenose aterosclerótica de artéria renal. **Métodos:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial resistente, estenose de artéria renal, hipertensão renovascular.

ABSTRACT

Background: Renal artery stenosis, which is present in 1 to 5% of people with resistant hypertension, often occurs in association with peripheral arterial disease or coronary artery disease. In stenosis of the artery hypertension may also result in ischemic nephropathy, multiple and long-term complications. **Objective:** To report a patient with a diagnosis of resistant hypertension secondary to atherosclerotic renal artery stenosis. **Methods:** the information was obtained through review of medical records.

KEYWORDS: Resistant hypertension, renal artery stenosis, renovascular hypertension.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica altamente prevalente, atinge em média 30% da população adulta, cerca de 1,2 bilhão no mundo. No Brasil, 14 estudos populacionais (1994-2009), revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%).

De acordo com a sua etiologia, a HAS pode ser classificada em dois subtipos: primária ou essencial, que

representa aproximadamente 95% dos casos e se caracteriza por não possuir etiologia definida, ou secundária, que corresponde a cerca de 5% dos casos, apresenta etiologia definida¹.

A Hipertensão Arterial Resistente é definida quando a Pressão Arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três fármacos anti-hipertensivos com ações sinérgicas em doses máximas preconizadas e toleradas, sendo um deles preferencialmente um diurético, ou quando em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos, mesmo com a PA controlada².

Não há dados que indiquem a real prevalência de causas secundárias entre indivíduos com hipertensão resistente. Entretanto, é notadamente maior a probabilidade de ocorrência de causas secundárias entre portadores de hipertensão grave e/ou de difícil controle: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), Aldosteronismo Primário (AP), Doença Parenquimatosa Renal crônica (DPR), Hipertensão Renovascular (HRV), Feocromocitoma (FEO), Síndrome de Cushing (SC), Coarctação de Aorta (CoA), distúrbios da Tireoide e uso de alguns fármacos que alteram a pressão arterial, drogas ilícitas e abuso de álcool são as formas secundárias mais comuns de hipertensão resistente. Hipertensão Renovascular (HRV) aterosclerótica está presente em 12,5% dos pacientes hipertensos resistentes com idade acima de 50 anos².

As duas principais causas da estenose de artéria renal que levam à HRV são a aterosclerose, que é responsável por 90% dos casos, e a displasia fibromuscular, correspondendo a menos de 10% dos casos¹⁻².

Estenose da artéria renal está presente em 1 a 5% das pessoas com hipertensão arterial resistente, ocorre muitas vezes em associação com doença arterial periférica ou doença arterial coronariana. Os resultados da triagem baseada na comunidade sugerem que a prevalência entre as pessoas maiores de 65 anos de idade pode chegar a

7%. A estenose da artéria renal pode resultar além da hipertensão arterial, nefropatia isquêmica e múltiplas complicações a longo prazo³.

Nosso objetivo foi o de relatar o Caso de um Paciente com diagnóstico de Hipertensão Arterial Resistente, secundária a estenose aterosclerótica de artéria renal.

2. RELATO DE CASO

M.N.L., sexo feminino, do lar, branca, casada, 52 anos foi hospitalizada no Hospital Regional João de Freitas (Arapongas, Paraná, Brasil) para investigação de hipertensão de difícil controle. Paciente informa estar em tratamento de HAS há 4 anos em uso de Hidroclorotiazida 25mg pela manhã, Anlodipino 5 mg uma vez ao dia e Atensina 0,150 mg de doze em doze horas, mantendo níveis pressóricos elevados.

Negava outras comorbidades, negava tabagismo e etilismo. Refere que a mãe e irmã são portadores de Hipertensão arterial e o pai portador de Diabetes Mellitus II.

Ao exame físico bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas em dois tempos e sem sopros, sem massas palpáveis em abdômen ou sopros abdominais, sem sinais de edema ou congestão. PA: 150x100 mmHg (MSD e MSE).

Realizado RX tórax dentro dos padrões da normalidade, ECG com sobrecarga de ventrículo esquerdo;

Tabela 1. Resultados de exames laboratoriais em três diferentes coletas.

	17/04	20/04	24/04
HB	11,8 g/dl		
HT	35 %		
VCM	78,7		
CHCM	33,7		
HCM	26,5		
RDW	11,1 %		
Leucócitos	7.700		
Bastões	1 %		
Segmentados	74 %		
Eosinófilos	1 %		
Linfócitos típicos	20 %		
Plaquetas	327.000		
Creatinina	1,0 mg/dl		1,6 mg/dl
Potássio	3,2 mg/dl		4,8 mmol
Sódio	138 mmol/L		135 mmol
Ureia	38 mg/dl		40 mg/dl
Glicose	295 mg/dl	267 mg/dl	
Urina I	Proteínas ++ Traços de corpos cetônicos Glicose +++ 58.000 células 200.000 leucócitos 24.000 hemácias Presença de bactérias pH 5,0 densidade 1035		
Proteinúria de 24hs			883mg/24hs Vol.Urinário: 950ml

US de rins e vias urinárias: Redução de volume de rim esquerdo moderado sugestivo de nefropatia isquêmica;

RNM de abdome superior com contraste: dentro dos padrões da normalidade;

Angio RNM de aorta abdominal e seus ramos:

- Artéria renal Direita apresentando discreta irregularidade luminal em seu segmento proximal, sem evidências de estenose local significativa. Nos demais segmentos apresentam paredes regulares e calibre normal;

- Observa-se estenose focal acentuada em a.renal esquerda (cerca de 90%) cerca de 0,5 cm após o óstio de origem. Em terço médio da mesma nota-se discreta irregularidade e redução de calibre luminal;

Arteriografia de aa. Renais:

A. renal esquerda- lesão de 80% na sua origem, leito distal e ramos com ateromatose difusa discreta.

A.renal direita- exibe discretas irregularidades parietais e sem lesão.

Conclusão: Ateromatose severa em a. renal esquerda.



Figura 1. arteriografia de aa.renais (Rim Direito).

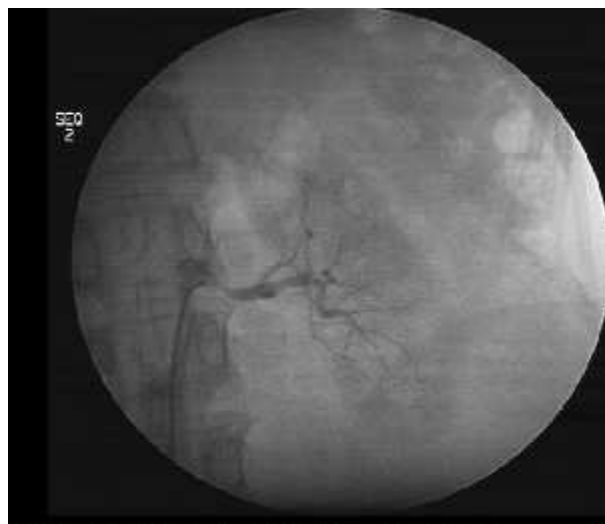


Figura 2. Arteriografia de aa.renais (Rim Esquerdo)

3. DISCUSSÃO

A Estenose de Artéria Renal (EAR) é definida como um estreitamento do lúmen arterial renal. A aterosclerose, que geralmente envolve o óstio e o terço proximal da artéria renal, é responsável por 90% dos casos de estenose de artéria renal. A EAR de etiologia aterosclerótica

é mais prevalente em indivíduos de idade mais avançada, particularmente os idosos que apresentam diabetes, dislipidemia, doença arterial coronária ou hipertensão. Essa entidade pode se apresentar isoladamente ou acompanhar-se de doença renal crônica e hipertensão⁴.

Apesar de a prevalência de doença aterosclerótica renal não ser pequena, 7% na população de idosos e 70% na população com doença arterial periférica, o percentual de pacientes que apresentam repercussão clínica dessa afecção é pequeno.

Recomenda-se iniciar a investigação de doença renovascular em pacientes com surgimento de hipertensão previamente aos 30 anos de idade, hipertensão grave após os 55 anos, hipertensão refratária ao tratamento, hipertensão associada à piora da função renal, deterioração de função renal após introdução de iECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina) e discrepância entre o tamanho dos rins⁵. Na paciente desse caso, a investigação se justifica pela existência de hipertensão refratária ao tratamento instituído, pela deterioração de função renal após introdução de iECA e discrepância entre o tamanho dos rins.

A literatura institui como exame de rastreamento diagnóstico a realização de ultrassonografia com Doppler, no presente caso foi realizada ultrassonografia tradicional, pois a paciente apresentava janela acústica ruim por presença de flatos, que mostrava alteração da anatomia renal, mas sem evidenciar obstrução.

Angiografia por ressonância magnética é recomendada como um teste de triagem para estabelecer o diagnóstico da EAR. Quando o índice de suspeita clínica é alto e os resultados dos testes não invasivos são inconclusivos, arteriografia das artérias renais com contraste é recomendada como um teste de diagnóstico (padrão-ouro) para estabelecer o diagnóstico de EAR (Nível de evidência: B)⁵.

A realização desse exame foi primordial na obtenção do diagnóstico da paciente desse caso clínico e de extrema importância na determinação e na escolha terapêutica da paciente.

O tratamento tem sido tradicionalmente centrado na correção estenose da artéria renal, com revascularização endovascular tendo gradualmente substituído as técnicas cirúrgicas aberta⁶.

O ensaio ASTRAL (*The Angioplasty and Stenting for Renal Artery Lesions*) foi concebido para determinar de forma confiável se a revascularização, juntamente com o tratamento clínico melhora a função renal e outros resultados, em comparação com o tratamento clínico isolado, em pacientes com estenose aterosclerótica da artéria renal. Não foi encontrada nenhuma evidência clínica que nos primeiros anos após a revascularização esta tenha trazido benefícios aos pacientes com estenose da artéria renal-aterosclerótica. Os limites de confiança superiores para um benefício da revascularização em

relação à função renal estavam abaixo dos níveis que seriam considerados clinicamente relevantes, sem melhorias significativas na pressão arterial, reduções nos eventos renais ou cardiovasculares ou na mortalidade foram vistos⁶. Tendo em vista este ensaio, optou-se nessa paciente pelo tratamento clínico com estatinas, anti-hipertensivos e antiplaquetários.

4. CONCLUSÃO

Este caso clínico serve para ilustrar a necessidade da investigação profunda da HAS resistente para a instituição do melhor tratamento para estes pacientes. Neste caso optou-se pelo tratamento clínico com estatinas, anti-hipertensivos e antiplaquetário. Após sete dias do tratamento proposto os níveis pressóricos permaneceram dentro da normalidade.

REFERÊNCIAS

- [1]. Neves PDMM, Oliveira AAO, Oliveira MCO, *et al.* Pesquisa de doença aterosclerótica multiarterial em pacientes hipertensos com estenose de artéria renal. *J Bras Nefrol.* 2012; 34(3):243-50.
- [2]. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de cardiologia. I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente, *Arq Bras Cardiol.* 2012; 99(1):576-85;
- [3]. Cooper CJ, Murphy TP, Cutlip DE, Jamerson K, Henrich W, Reid MD, Cohen JD, Matsumoto AH, Steffes M, Jaff MR, Prince MR, Lewis EF, Tuttle KR, Shapiro JJ, Rundback JH, Massaro MJ, D'Agostino RB, Dworkin LD. Stenting and Medical Therapy for Atherosclerotic Renal-Artery Stenosis. *New England Journal Of Medicine.* 2014; 370:1.
- [4]. Feldman A, Freitas LZP, Collet CA, Mota AR, Pimenta E, Sousa M, Cordeiro A, Passarelli Junior O, Borelli FAO, Amodeo C. A relação entre estenose de artéria renal, hipertensão arterial e insuficiência renal crônica, *Revista Brasileira de Hipertensão.* 2008; 15(3):181-4.
- [5]. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, *et al.* ACC/AHA guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): executive summary. 2005; *Circulation.* 2006 Mar 21;113(11):e463-654
- [6]. The Astral investigators., Revascularization versus Medical Therapy for Renal-Artery Stenosis, *New England Journal Of Medicine.* 2009; 361.