UMA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE DIFÍCIL CONTROLO – UM CASO DE PSEUDOHIPERTENSÃO RESISTENTE

HYPERTENSION OF DIFFICULT CONTROL – A PSEUDO-RESISTANT HYPERTENSION CASE REPORT

Valter Filipe Moreira[a,b]; Andreia Ribeiro[a]; Ricardo Araújo[a]; Vera Esteves[a]

[a]*Internos de Medicina Geral e Familiar na USF Descobertas*
[b]*contacto: valtermoreira91@gmail.com*

Resumo

Introdução: As doenças cardio e cerebrovasculares continuam a ser a principal causa de morte a nível mundial, para as quais existem diversos fatores de risco, sendo a hipertensão arterial (HTA) o mais prevalente. Em 5-10% dos casos de HTA, existe uma causa secundária, existindo situações que devem levar à sua suspeição como a idade jovem ou a HTA resistente. Esta corresponde a uma hipertensão não controlada apesar de medicada que deve ser abordada com cuidado e investigada.

Caso Clínico: Mulher de 44 anos, sem antecedentes relevantes, apresenta HTA de novo com ida ao Serviço de Urgência (SU) diversas vezes por crises hipertensivas no final de 2016. Da avaliação no seu médico assistente, constata-se hipertensão de difícil controlo e estudo de hipertensão secundária negativo. Foi medicada corretamente, mas ao longo de 6 meses, com vários ajustes na medicação, apresentava sempre valores elevados de pressão arterial (PA), assumindo-se como um caso de HTA resistente. Numa das consultas de reavaliação, após exploração da situação, apura-se a existência de um quadro de depressão e ansiedade com má adesão ao tratamento. Decide-se medicar e intervir na adesão à terapêutica e ao longo do tempo verifica-se uma estabilização dos valores de PA.

Discussão: Este caso demonstra uma situação de pseudo-HTA resistente numa doente complexa. Existem diversos fatores que podem influenciar o controlo tensional, desde a adesão terapêutica a fatores externos que afetam a vida dos doentes, como problemas laborais, familiares, ansiedade e depressão, elementos estes que podem ter sido a causa desta HTA de difícil controlo. A abordagem abrangente e individual de cada situação, bem como a relação médico-doente, tem um papel fundamental no controlo de cada doença crónica.

Abstract

Introduction: Cardio and cerebrovascular diseases continue to be the leading cause of death worldwide, for which there are several risk factors, with arterial hypertension being the most prevalent. In 5-10% of cases of hypertension, there is a secondary cause, with situations that should lead to its suspicion such as young age or resistant hypertension. This corresponds to an uncontrolled hypertension despite being medicated, which must be approached with care and investigated.

Clinical Case: A 44-year-old woman, with no relevant history, developed a new case of hypertension with multiple visits to the Emergency Department due to hypertensive crisis in late 2016. From the evaluation by her attending physician, it was found a case of difficult to control hypertension and the study for secondary causes was negative. She was correctly medicated, but after 6 months, with several adjustments in medication, she always had high blood pressure (BP) values, and was assumed as a case of resistant hypertension. In one of the reassessment appointments, after exploring the situation, the existence of depression and anxiety with poor adherence to treatment was found. It was decided to medicate and intercede in adherence to therapy and over time there was a stabilization of BP values.

Discussion: This case demonstrates a situation of pseudo-resistant hypertension in a complex patient. There are several factors that can influence BP control, from therapeutic adherence to external factors that affect the lives of patients, such as work and family problems, anxiety and depression, elements that may have been the cause of the difficult control of hypertension. The comprehensive and individual approach to each situation, as well as the doctor-patient relationship, has a fundamental role in the control of each chronic disease.

Introdução

As doenças cardio e cerebrovasculares são a principal causa de morte e incapacidade a nível mundial, principalmente nos países desenvolvidos com uma taxa crescente nos países não desenvolvidos[1,2]. A hipertensão arterial (HTA) é um dos principais factores de risco

cardiovasculares, apresentando uma elevada prevalência na população geral[1,3]. É o principal fator de risco para morte prematura cardiovascular[4]. Em Portugal, num estudo realizado em 2015, estimou-se que a prevalência da HTA na população portuguesa seria de 36%[1].

Na maioria dos casos de HTA, a etiologia é primária, sendo que em cerca de 5-10% das situações existe uma causa secundária e potencialmente reversível[5]. Algumas das etiologias envolvidas na HTA secundária são doenças renais parenquimatosas, estenose das artérias renais, coartação da aorta, patologias endócrinas (disfunção tiroideia, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, feocromocitoma) e síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)[5,6].

A HTA secundária deve ser considerada em doentes jovens, aparecimento em idade avançada, descontrolo súbito em doentes controlados de base, labilidade tensional, HTA maligna com evolução acelerada grave e lesões de orgão-alvo ou casos de HTA resistente[5,6].

A HTA resistente corresponde a uma hipertensão não controlada, fora dos valores alvo apesar do tratamento otimizado com pelo menos três anti-hipertensores, sendo um deles um diurético[7,8]. A prevalência da verdadeira HTA resistente é desconhecida, existindo alguns trabalhos que indicam que se situa entre 8 a 20% dos pacientes hipertensos[7]. Pacientes com HTA resistente apresentam maior probabilidade de apresentarem HTA secundária e de evoluírem para doença renal crónica e experienciar eventos cardiovasculares adversos major, tendo pior prognóstico. Por outro lado, existem determinadas características que parecem estar relacionadas com uma maior probabilidade de HTA resistente, como a idade avançada, sexo feminino, etnia afroamericana, diabetes mellitus, obesidade, doença aterosclerótica e existência de lesões de órgão-alvo[7].

É importante distinguir a verdadeira HTA resistente da pseudo-HTA resistente[8] – esta situação deve ser confirmada antes do diagnóstico definitivo através da monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) em 24h[7]. A pseudo-HTA resistente corresponde a uma HTA mal controlada que aparentemente é resistente ao tratamento mas que é atribuída a diversos fatores externos como a HTA de bata branca, má adesão à terapêutica, desadequação do tratamento ou fatores relacionados com os estilos de vida[8].

O caso descrito relata uma situação de uma HTA mal controlada e aparentemente resistente ao tratamento, pretendendo alertar para a importância de uma abordagem abrangente de cada paciente individualmente.

Descrição do caso

Mulher de 44 anos, auxiliar de educação em escola, vive com o companheiro e filha. Como antecedentes pessoais relevantes, a destacar tabagismo (15 unidades maço-ano) e história de enxaqueca. Sem toma de medicação habitual ou outros hábitos nocivos. História familiar de HTA na mãe e pai, negando história de eventos cardiovasculares major.

Normotensa até Dezembro de 2016, altura em que recorre por diversas vezes ao Serviço de Urgência por quadros de cefaleia frontal associada a crises hipertensivas com valores a rondar os 170-190 de pressão arterial sistólica (PAs) e 100-110 de pressão arterial diastólica (PAd). Foi medicada com enalapril 5mg e furosemida 40mg e encaminhada para avaliação no seu médico assistente.

A utente recorre a consulta programada na Unidade de Saúde Familiar (USF) em Janeiro de 2017. Referia cefaleias holocranianas intensas de agravamento progressivo, tipo pressão, com alívio no escuro e sem sinais de alarme. Associava maior intensidade das cefaleias com valores de pressão arterial (PA) elevados (170-150/90-80 mmHg).

Ao exame objetivo (EO): peso 51kg, Índice de massa corporal (IMC) de 20.4kg/m^2, bom estado geral, PA 150/90 mmHg no membro superior esquerdo (MSe) e 140/80 no membro superior direito (MSd), sem diferencial significativo nos membros inferiores, frequência cardíaca (FC) de 96bpm com pulso radial e femoral rítmicos, amplos e simétricos, auscultação cardiopulmonar sem alterações e exame neurológico sumário sem alterações.

Por se tratar de uma possível HTA de novo numa utente relativamente jovem, foi pedido estudo de causas secundárias de HTA com análises laboratoriais, MAPA, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma e ecografia renal com doppler das artérias renais. Foi mantida ainda a medicação instaurada no SU.

A utente recorre de novo a consulta na USF no início de Fevereiro de 2017 para mostrar os resultados dos exames complementares de diagnóstico (ECD) efetuados,

referindo difícil controlo de PA com recorrência de novo ao SU por crise hipertensiva onde foi feito ajuste terapêutico: perindopril 5mg, furosemida 20mg e amlodipina 5mg. Ao EO, PA 165/93mmHg, sem outras alterações relevantes.

Do estudo efetuado, o MAPA confirma HTA com PA média de 154/103mmHg, apesar de só ter medido as PA diurnas já que a utente não tolerou medição noturna (imagem 1), as análises laboratoriais sanguíneas e urinárias não mostraram alterações (tabela 1), tal como o ECG (figura 2), o ecocardiograma e a ecografia renal e das glândulas suprarrenais. No final da consulta, fez-se ajuste de medicação com aumento de amlodipina para 10mg e referenciou-se para consulta de cardiologia.

Em Maio de 2017, a utente volta a ter consulta na USF já depois de ter sido avaliada em consulta de cardiologia onde foi realizado novo estudo de HTA secundária que não mostrou alterações e efetuado novo ajuste terapêutico: suspendeu toda a medicação e iniciou azilsartan + clorotalidona 40+12.5mg e espironolactona 25mg inicialmente, mas por manutenção de valores tensionais elevados, acrescentou-se nebivolol 5mg e lercanidipina 10mg. Nesta consulta, após exploração das rotinas diárias da utente e possíveis fatores que possam estar a interferir no controlo tensional, a utente refere tristeza, ansiedade e irritabilidade intensas, anorexia, insónia intermédia, anedonia, ideias de morte, mas sem ideação suicida estruturada. Quadro com vários meses de evolução, pior nos últimos 3 meses. Refere ainda a existência de alguns problemas familiares e laborais que têm aumentado o quadro de ansiedade e que talvez estejam na origem do descontrolo da PA já que coincidem temporalmente no final de 2016. Admite ainda que nos últimos meses falha diversas vezes a toma da medicação anti-hipertensora. Explica-se a importância da adesão terapêutica e decide-se medicar com sertralina 50mg.

Em Julho de 2017, regressa à consulta, verificando-se melhoria do quadro de depressão e ansiedade e normalização tensional com valor de PA no gabinete de 130/85mmHg. Nesse momento estava medicada com sertralina 50mg, azilsartan + clorotalidona 40+12.5mg, lercanidipina 10mg e nebivolol 5mg, cumprindo a adesão terapêutica.

Ao longo do ano de 2018 e 2019 teve um seguimento irregular na USF, voltando a abandonar a terapêutica quer da HTA quer do quadro depressivo e ansioso, para além da consulta de cardiologia. Regressa a consulta programada em Maio de 2020 onde referiu descontrolo de PA de novo com episódios de PAs de 200-220mmHg e maior irritabilidade e ansiedade nos últimos meses devido à existência de problemas laborais e ao contexto de pandemia do SARS-Cov-2. Ao EO, PA 175/99mmHg no MSe e 168/100 no MSd. Voltou a explicar-se de novo a importância da adesão terapêutica e as possíveis consequências do não controlo da PA, medicando-se de novo com sertralina 50mg e azilsartan + clorotalidona

Relatório

Tensões Arteriais Médias: / mmHg
Duração da medição: 07h 58m — **Qualidade do registo**: Boa (76% de medições válidas).
Sintomas: Não foram registados quaisquer sintomas.

Frequência Cardíaca (bpm)	**Mínima**: 85	**Média**: 97	**Máxima**: 129	**Desvio Padrão**:
Pressão Pulso	**Média**:	**Diurna**:	**Nocturna**:	**Desvio Padrão**:
Variação Circadiana:				

		Total:	Diurna:	Nocturna:
Tensão Arterial Sistólica	Média (mmHg):	154	154	0
	Mínima (mmHg):	129	129	0
	Máxima (mmHg):	176	176	0
	Desvio padrão (mmHg):			
	Leituras acima dos limites (%):	92	92	0
Tensão Arterial Diastólica	Média (mmHg):	103	103	0
	Mínima (mmHg):	93	93	0
	Máxima (mmHg):	116	116	0
	Desvio padrão (mmHg):			
	Leituras acima dos limites (%):	100	100	0

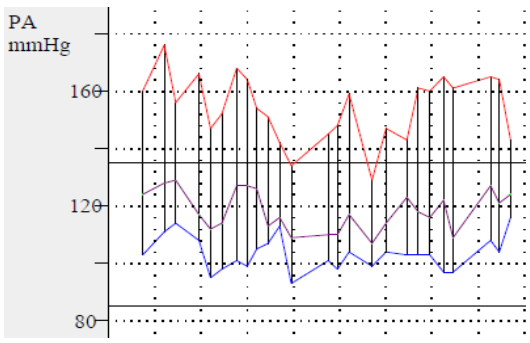

Figura 1: Relatório de MAPA Janeiro 2017

Tabela 1: Resultados de análises laboratoriais Janeiro 2017

Parâmetros avaliados	Valor	Intervalo de referência[9]
Microalbuminúria 24h	4	<30 mg/24 h
TSH	2.84	0.5 – 4.0 µU/mL
T4 livre	0.91	0.8 – 1.8 ng/dL
Aldosterona (s)	69.5	55–138 pmol/L (decúbito)
Renina (s)	2	0.3 – 2.5 ng/mL/hr (sentado)
Cortisol (s)	21	5 – 25 µg/dL (manhã)
Potássio (s)	4.6	3,5–5 mmol/L
Sódio (s)	137	136–145 mmol/L
Cloro (s)	101	98–106 mmol/L
Creatinina (s)	0.6	0.5 – 1.1 mg/dL
Aldosterona (u)	20.5	13,9–52,6 nmol/24 h
Ácido vanilmandélico (u)	5.8	<9 mg/24 h
catecolaminas (u)	82	26–121 µg/24 hr
Potássio (u)	78	25–100 mmol/24 h
Sódio (u)	138	100–260 mmol/24 h
Cloro (u)	159	80–250 mmol/24h
Metanefrinas T	42	< 400 mcg/24 h
Normetanefrinas T	91	< 900 mcg/24 h

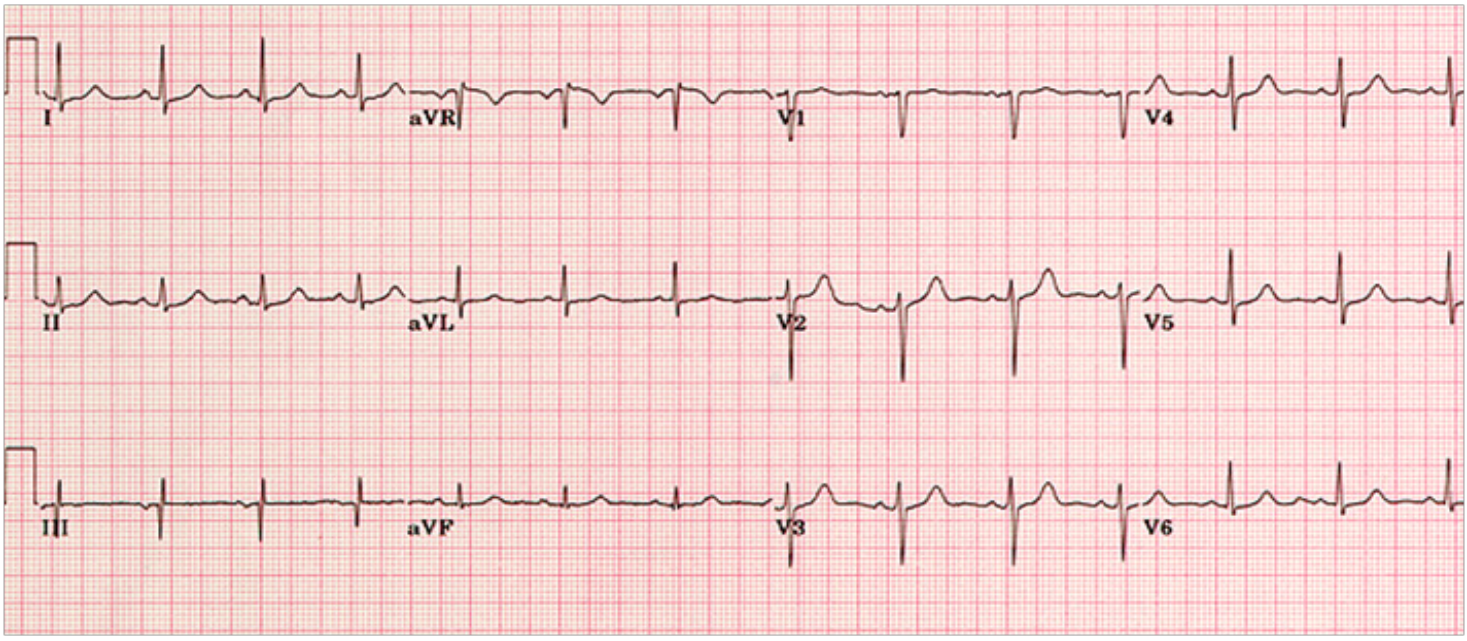

Figura 2: ECG Janeiro 2017

40+12.5mg.
Atualmente, a utente mantem seguimento mais regular na USF e adesão terapêutica adequada, com valores de PAs entre 144 e 130mmHg e PAd entre 90 e 70mmHg, estando também menos ansiosa.

Discussão

O controlo da HTA a nível mundial é baixo, sendo que alguns estudos mostram que apenas 5-58% das pessoas que tomam anti-hipertensores apresentam valores de PA inferiores a 140/90mmHg[10]. Um dos principais fatores para este não controlo é a falta de adesão à terapêutica[11] contribuindo para a ocorrência de uma pseudo-HTA resistente[7,8].

A má adesão à terapêutica nas doenças crónicas é um problema a nível mundial. A adesão a qualquer tratamento é a chave para o sucesso terapêutico. Esta é um processo dinâmico e complexo e consiste em três componentes: iniciação da medicação, implementação na rotina diária e persistência do tratamento. Este problema acarreta custos não só para a saúde, mas também económicos, sendo que a não adesão ao tratamento da HTA está associada ao aumento do risco de eventos cardio e cerebrovasculares[12].

Existem vários fatores que podem influenciar a adesão à terapêutica – regimes de tratamento complicados, efeitos secundários da medicação, custos do tratamento, baixa literacia, dificuldades na relação médico-doente e patologias psiquiátricas[7].

A depressão e a ansiedade parecem ser dois fatores importantes que influenciam a adesão à terapêutica da HTA, estando diretamente relacionadas com o não cumprimento adequado da medicação[13]. Aliás, estas duas condições parecem estar relacionadas com a má adesão à terapêutica num sentido mais lato, existindo uma meta-análise que indica a maior probabilidade de não adesão à terapêutica em doentes crónicos que têm depressão comparativamente aos que não têm[14].

Por outro lado, apesar de existir alguma controvérsia, existem dados que relacionam a depressão e a ansiedade com o aumento do risco de desenvolver HTA por si só, além da associação com a HTA resistente[15]. Doentes com depressão e ansiedade graves parecem ter um aumento de risco 2 a 3 vezes superior de desenvolver HTA[16].

Este caso clínico relata uma situação de HTA de difícil controlo numa mulher sem antecedentes relevantes à data que aparentava ser um caso de verdadeira HTA resistente. Além disso, a idade relativamente jovem e o aparecimento súbito/de novo de HTA com valores elevados levariam a pensar na existência de uma etiologia secundária de base. Os exames realizados não revelaram qualquer causa secundária para a HTA, não existindo aparentemente nenhum fator que pudesse explicar à partida esta situação e a dificuldade em controlar os valores de PA. No entanto, após a exploração da história clínica, verificou-se a existência de uma situação clínica oculta que poderá explicar o problema. Neste caso, o quadro de depressão e ansiedade poderá explicar quer o aparecimento da própria HTA, quer a sua resistência e difícil controlo pela não adesão ao tratamento instituído. Esta situação demonstra a importância de uma abordagem abrangente e individual a cada paciente com a valorização da componente não só física, mas também psicológica, social e cultural. É fundamental o doente ser escutado de modo a perceber os seus medos e dúvidas. A exploração de cada situação clínica de modo a entender o doente como um todo é importante para o diagnóstico e tratamento de uma patologia. Cada doente vive num contexto próprio, sendo a saúde e a doença influenciados por vários fatores internos e externos. A relação médico-doente é crucial para a prática da medicina e para a adesão a qualquer tratamento pelo que esta nunca pode ser descurada na abordagem de qualquer patologia.

Bibliografia

1. Rodrigues, A, et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2015;
2. Wilson P. Overview of established risk factors for cardiovascular disease. Retrieved from UpToDate (http://www.uptodate.com). Last Review: Sep 2020;
3. Battistoni A, et al. Hypertension in Young People: Epidemiology, Diagnostic Assessment and Therapeutic Approach. High Blood Press Cardiovasc Prev 2015 Dec;22(4):381-8;
4. Williams B et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;39(33):3021-3104;
5. Charles L et al. Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. Am Fam Physician. 2017 Oct 1;96(7):453-461;

6. Textor, S. Evaluation of secondary hypertension. Retrieved from UpToDate (http://www.uptodate.com). Last Review: Sep 2020;
7. Myat A, Redwood S, Qureshi A, Spertus J and Williams B. Resistant hypertension. BMJ. 2012; 345:7473-e7473;
8. Townsend, R. Definition, risk factors, and evaluation of resistant hypertension. Retrieved from UpToDate (http://www.uptodate.com). Last Review: Sep 2020;
9. American Board of Internal Medicine: ABIM Laboratory Test Reference Ranges - January 2020;
10. Kearney P. et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens 2004; 22: 1.19-1;
11. Jung O, Gechter J, Wunder C, Paulke A, Bartel C, Geiger H et al. Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. Journal of Hypertension. 2013;31(4):766-774;
12. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. Frontiers in Pharmacology. 2017; 8;
13. Krousel-Wood M, Frohlich E. Hypertension and Depression: Coexisting Barriers to Medication Adherence. The Journal of Clinical Hypertension. 2010;
14. Wing R, Phelan S, Tate D. The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. J Psychosom Res 2002;53:877–881;
15. Rutledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. Psychosom Med. 2002;64:758-766;
16. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. Arch Fam Med. 1997;6:43e49