

CONSULTA DE HIPERTENSÃO: NEM TUDO O QUE PARECE É! – RELATO DE CASO

HYPERTENSION CONSULTATION: NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS! – CASE REPORT

Brenda Jorge¹
Fernando Charrão²

¹Interna de Medicina Geral e Familiar

²Assistente de Medicina Geral e Familiar

^{1,2}USF La Salette – AceS Aveiro Norte

Brenda Jorge – 1º autor

brendagomesjorge@gmail.com

Rua Comendador Sá Couto nº55, 4 esquerdo. 4520-192. Santa Maria da Feira

<https://doi.org/10.58043/rpbr.95>

Resumo

Introdução: Um doente com hipertensão (HTA) essencial requer seguimento e reavaliação. A qualquer momento, a presença de sinais de alarme deve aumentar a suspeita de HTA secundária. Neste artigo descreve-se um caso de neoplasia do parênquima renal como causa de HTA secundária no idoso com HTA essencial de longa data.

Descrição do caso: Homem, 89 anos. Nas últimas consultas de seguimento de HTA e após otimização da terapêutica e reforço dos hábitos de estilo de vida saudável, apresenta persistentemente valores de pressão arterial na consulta na ordem 140-160 / 70-80 mmHg e valores de AMPA na ordem 155-185 / 70-80 mmHg. O utente é cumpridor da sua medicação habitual e mostra-se bastante preocupado. Analiticamente sem alterações de novo. Propôs-se a realização de ecocardiograma de repetição e ecografia renal e suprarrenal. Do estudo dirigido efetuado, objetivou-se uma nodularidade complexa no rim esquerdo. Para melhor esclarecimento, foi proposto realização de Tomografia Computorizada renal que revelou provável neoplasia parenquimatosa renal.

Comentário: Este caso reflete a importância de valorizar as preocupações tidas pelo utente idoso assintomático, tendo em consideração o seu contexto de saúde e capacitação de gerir a sua doença, bem como alertar que a orientação do estudo de HTA secundária é variável consoante o grupo etário.

Abstract

Introduction: A patient with hypertension (HTA) essential requires follow-up and reevaluation. At any time, the presence of alarm signals should increase the suspicion of secondary HTA. This article describes a case of renal parenchymal neoplasia as a cause of secondary HTA in the elderly with long-standing essential HTA.

Case description: male, 89. In the last HTA follow-up visits and after optimization of the therapeutics and reinforcement of the healthy lifestyle habits, it persistently presents blood pressure values in the order 140-160 / 70-80 mmHg and AMPA values in the order 155-185 / 70-80 mmHg. The user is compliant with his usual medication and shows himself to be quite concerned. Analytically unchanged again. Repeat echocardiogram and adrenal and adrenal echography were proposed. From the study conducted, the objective was a complex nodularity in the left kidney. For further clarification, it was proposed to perform renal Computed Tomography, which revealed probable renal parenchymal neoplasia.

Comment: This case reflects the importance of valuing the concerns of asymptomatic elderly users, taking into account their health context and capacity to manage their disease, as well as to warn that the orientation of the secondary HTA study varies according to age group.

Palavras-Chave:

hipertensão
secundária; idoso;
sinal de alarme

Keywords:

renal hypertension;
elderly;
clinical alarm

Introdução

A Hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco cardiovascular (CV) mais prevalente no mundo (1) e, em Portugal não é exceção, (2). Um doente com HTA essencial requer seguimento e reavaliação adequada da sua condição clínica, nomeadamente estratificação

do risco de doença CV e monitorização do controlo tensional.

A qualquer momento, a presença de sinais de alarme, deve aumentar a suspeita de HTA secundária, como é exemplo de casos de descontrolo súbito em doentes controlados de base, labilidade tensional ou quadro de



HTA resistente, entre outros (3,4). Nesta perspetiva, esta deve ser excluída perante um quadro de suspeição de HTA resistente, considerando uma terapêutica farmacológica tripla adequada, confirmação de valores de pressão arterial (PA), quer na consulta quer no ambulatório, superiores a 140/90 mmHg, num doente com compliance terapêutica e excluídas outras causas de pseudoresistência (3).

Descrição do caso

Apresenta-se o caso de um homem de 89 anos, cognitivamente íntegro e autónomo nas atividades de vida diária que, ainda, conduz. Reformado. Vive com a neta e o companheiro desta. Dos antecedentes pessoais a destacar: HTA; Diabetes Mellitus (DM); Fibrilhação auricular; Hipertrofia Benigna da Próstata e Excesso de peso. Os antecedentes familiares são desconhecidos. Relativamente aos hábitos de estilo de vida, a dieta é variada e equilibrada e faz caminhadas diárias com duração de 1 hora. Sem hábitos tabágicos ou etílicos. Medicação habitual (MH): Olmesartan medoxomilo + Hidroclorotiazida 20 + 25 mg/dia; Lercanidipina 10 mg/dia; Metformina 500 mg/dia; Dabigatran etexilato 110 mg/dia; Finasterida 5 mg/dia.

Trata-se de um doente que mantém seguimento semestral em consulta programada nos cuidados de saúde primários por HTA de grau I, de longa data e com perfil tensional controlado (PA < 130/80 mmHg); DM com bom controlo metabólico e com boa adesão terapêutica. Contudo, nas últimas consultas com o médico assistente e apesar do reforço dos hábitos de estilo de vida saudável, particularmente evicção de sal na dieta, apresenta persistentemente valores de PA na consulta na ordem 160-140 / 80- 70 mmHg, não habituais, tendo sido proposto ao utente a auto-monitorização da PA em ambulatório (AMPA) com intuito de confirmação e realização de exames complementares de diagnóstico (ECDTs) para avaliação de fatores de risco e lesão órgão-alvo, nomeadamente análises laboratoriais, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma transtorácico (EcoTT).

O utente recorre à consulta na Unidade de Saúde Familiar (USF) em Maio de 2021. Manifesta-se muito preocupado com os valores de AMPA dos últimos 3 meses. Traz também os ECDTs efetuados no último ano. Assintomático do ponto de vista cardiovascular.

Ao exame objetivo: Bom estado geral, Índice de massa corporal (IMC) de 26,6 kg/m²; perímetro Abdominal de 98 cm; PA média: 150/80 mmHg Frequência Cardíaca (FC): 75 bpm, Pulso radial rítmico, amplo e simétrico, Auscultação Cardíaca: S1 e S2 arritmicos, hipofonéticos, sem sopros de novo. Auscultação pulmonar sem alterações. Sem edema nos membros inferiores. Exame Neurológico normal.

Do estudo efetuado, destaca-se:

- AMPA a revelar valores na ordem de PA sistólica de 185-155 mmHg e PA diastólica de 80-70 mmHg;
- Estudo analítico a mostrar Hemoglobina glicosilada (HbA1c): 6,5 %, função renal e tiroidea, ionograma e perfil lipídico sem alterações (LDL 81 mg/dL);
- ECG: “FA com resposta ventricular media de 65 bpm. Bloqueio completo ramo direito (BCRD)”;
- EcoTT: sem alterações descritas de novo, a salientar “Dilatação grave de ambas as aurículas. Insuficiência Aorta ligeira e Insuficiência Mitral ligeira; Insuficiência Tricúspide moderada. Sinais indiretos de Hipertensão Pulmonar. Fração de ejeção (FEVE) de 61 %.”.

Portanto, excluída “efeito significativo de HTA bata-branca” nesta consulta, otimizou-se a terapêutica com ajuste de lercadinipina para 20 mg e propôs-se ao doente manter AMPA. Dado perfil tensional elevado de novo confirmado em utente assintomático e cumpridor da sua MH, foi pedido repetição de ECG e ecocardiograma, bem como ecografia renal e suprarrenal e estudo analítico com HbA1c e albuminúria.

O utente volta à consulta nesta USF em Julho de 2021. Mantém-se assintomático. Ao exame objetivo a destacar: PA 147/62 mmHg, FC 71 bpm.

Da restante investigação realizada destaca-se:

- AMPA com valores de PA na ordem 150/80 mmHg.
- HbA1c: 6,2 %; Microalbuminúria: 30 mg/g;
- ECG sobreponível ao anterior;
- EcoTT a apresentar de novo: “Insuficiência mitral moderada com FEVE 72%”.

Do estudo dirigido com ecografia renal e suprarrenal efetuado, objetivou-se “no terço superior do rim esquerdo uma nodularidade parcialmente exofítica, complexa, sólida e algumas calcificações”. Pela suspeita de etiologia renal e para melhor esclarecimento das alterações ecográficas, o utente efetuou de Tomografia Computorizada (TC) renal que confirmou “lesão

nodular exofítica na vertente lateral do terço médio do rim esquerdo e uma calcificação grosseira no seu interior, o que poderia traduzir neoplasia parenquimatosa renal”. Pelas alterações sugestivas de neoplasia do rim e necessidade de confirmação diagnóstica, numa decisão partilhada com o utente, referenciou-se à consulta hospitalar de urologia.

Em setembro de 2021, o utente foi avaliado em consulta externa multidisciplinar de Urologia e Oncologia e, atendendo às características e excelente estado geral do doente, foi proposto nefrectomia parcial laparoscópica, que este aceitou.

Em Janeiro de 2022, em contexto de consulta programada nesta USF, o utente mantém bom controlo tensional com PA de 133/63 mmHg e FC de 58 bpm, sem necessidade de ajuste terapêutico. Mantém, ainda, seguimento em consulta hospitalar de Oncologia. Apresenta excelente estado geral e vem pedir atestado médico para renovação da carta de condução.

Discussão/Comentário

O presente caso é sugestivo de neoplasia do parênquima renal como causa de HTA secundária no utente idoso com HTA essencial de longa data.

Perante um quadro de suspeição de HTA secundária, as características do doente devem auxiliar a orientação de estudo (5). De salientar, que neste caso, observam-se vários fatores que, no seu conjunto, conferem elevada probabilidade no diagnóstico, nomeadamente: Agravamento agudo da hipertensão em doente com normotensão cronicamente estável previamente e documentada HTA resistente; Apresentação em idade superior a 65 anos; Doente assintomático e antecedentes de DM (4,5); Estudo imagiológico a confirmar lesão nodular do terço médio do rim esquerdo; ausência de sinais ou sintomas sugestivos de outras causas secundárias, como por exemplo, doença renovascular aterosclerótica ou patologia tiroidea.

A abordagem inicial do médico de família, na ausência de sinais e sintomas específicos de determinado diagnóstico, deve ser sistematizada e orientada para as causas mais frequentes por grupo etário. As causas mais frequentes de HTA secundária nos idosos são: doença renovascular aterosclerótica, doença renal parenquimatosa e doença da tiroide (3,5). Perante a suspeição de doença

parenquimatosa renal, a investigação inicial passa por pedir função renal, sedimento urinário e ecografia renal. Neste caso, apesar de se ter verificado uma resposta tensional favorável posterior à otimização terapêutica com o aumento de dose da lercadinipina, optou-se por iniciar investigação adicional simultaneamente aquando do ajuste terapêutico, uma vez que se tratava de um utente muito idoso, com risco um acrescido para episódios de hipotensão arterial e a estratégia de otimizar doses terapêuticas obriga a definir alvo de controlo de PA, que neste grupo etário é bastante complexo.

Ainda de notar, que em pleno ano de pandemia, um atraso no pedido de ECDTs, atrasaria um diagnóstico. Este caso mostra que, independentemente da idade do doente ou contexto de saúde, a abordagem diagnóstica e/ou terapêutica deve ser individualizada e célere, admitindo-se a possibilidade de uma intervenção potencialmente curativa. Em jeito de conclusão, o utente idoso traz-nos um desafio em mãos, dada a complexidade do *status* e exigência da gestão na consulta, pelo que, muitas vezes, nem tudo o que parece é.

Referências bibliográficas (estilo de Vancouver)

1. Hypertension [Internet]. www.who.int. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/hypertension/>.
2. Rodrigues AP, Gaio V, Kislaya I, Graff-Iversen S, Cordeiro E, Silva AC, et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). Insapt [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 9];9(Supl 9):11–4. Available from: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4760>
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal [Internet]. 2018 Aug 25;39(33):3021–104. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119#>
4. Textor S. Evaluation of secondary hypertension [Internet]. Bakris G, Elliott W, editors. UpToDate. 2022 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/>
5. Ramos R, Araújo V, Peixoto I. ABORDAGEM SISTEMÁTICA DA HTA SECUNDÁRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco cardiovascular. 2021;83(1646-8287):23–7.

Sem conflito de interesses