

Hipertensão arterial sistêmica severa em paciente jovem

Severe systemic arterial hypertension in a young patient

Telmo P. Bonamigo¹, Nilon Erling Jr.², Márcio Luís Lucas³,
Claudia Bianco⁴, Ana Lúcia Caetano⁵

Parte I - Caso Clínico

Paciente masculino de 20 anos procurou emergência clínica queixando-se de cefaléia holocraniana. Apresentava esse sintoma há 3 meses, quando também recebeu o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo medicado com captopril 50 mg/dia. O paciente negava outras queixas ou antecedentes patológicos, mas tinha o hábito do tabagismo nos últimos 5 anos, com consumo de uma carteira/dia.

O paciente foi internado pelo cardiologista e, após tratada a crise hipertensiva, foi solicitada avaliação por cirurgião vascular por apresentar pulsos em membros inferiores com amplitude diminuída.

Ao exame físico, o paciente apresentava edema de face e membros superiores. Os pulsos cervicais e em

membros superiores eram normais e não havia sopros. A ausculta cardíaca não apresentava anormalidades, e a pressão arterial braquial era de 170/100 mmHg bilateralmente. A aorta abdominal não era palpável nem se auscultava sopro abdominal. A amplitude dos pulsos femorais era diminuída, mas simétrica. Não se palpavam pulsos distais. A pressão no tornozelo direito e esquerdo era de 105 mmHg (índice tornozelo-braquial: 0,61).

Os exames laboratoriais na internação eram: hemoglobina 12,7 mg/dl, uréia 41 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl. O eletrocardiograma era normal, e o radiografia de tórax mostrava discreto aumento da área cardíaca.

O paciente foi submetido a arteriografia por punção braquial, que evidenciou aorta ascendente, arco aórtico, troncos supra-aórticos e aorta descendente com anatomia preservada (Figura 1) e oclusão da aorta abdominal em seu segmento médio, não se identificando as artérias renais, mas com a presença de rica circulação colateral nessa região (Figura 2). Esse estudo foi complementado por arteriografia por punção femoral, que evidenciou a recanalização da aorta infra-renal sem doença nesse segmento ou nas artérias ilíacas (Figura 3).

-
1. Professor adjunto, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, RS.
 2. Residente de Cirurgia Vascular, FFFCMPA, Porto Alegre, RS.
 3. Mestrando da FFFCMPA. Cirurgião vascular, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, RS.
 4. Mestre. Cirurgiã vascular, Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre, RS.
 5. Cirurgiã vascular, Hospital de Caridade de Ijuí, RS.

Artigo submetido em 17.08.05, aceito em 09.11.05.



Figura 1 - Aortografia do arco aórtico evidencia discreta dilatação da aorta ascendente, bem como do tronco inominado. A aorta descendente pode ser considerada normal



Figura 2 - Aortografia abdominal evidencia estenose difusa da aorta, que se inicia logo abaixo do tronco celiaco. As artérias hepática comum e esplênica são muito dilatadas, havendo circulação colateral muito desenvolvida

Como pode ser visto, trata-se de um caso com alguns desafios diagnósticos e terapêuticos.

Gostaríamos de colocar em discussão:

- Qual o diagnóstico mais provável nesse caso?
- O paciente necessita de alguma intervenção cirúrgica ou pode manter-se em tratamento clínico da hipertensão?
- Qual seria a evolução desse paciente em longo prazo apenas com tratamento clínico?
- Se houver indicação de procedimento cirúrgico, o que você proporia?
- Que tipo de revascularização visceral você indicaria e como a faria?
- Quais os resultados esperados?

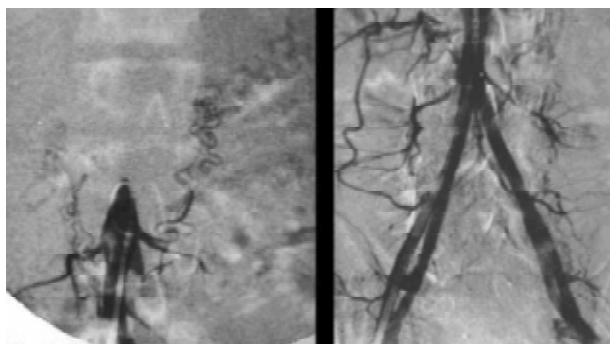


Figura 3 - Aortografia abdominal, por via femoral, demonstra oclusão da aorta abdominal na sua porção inferior

Veja a continuação desta seção com a resposta do desafio terapêutico na página 401.