

Coordenador: Fausto Miranda Jr.

# Paciente com hipertensão renovascular refratária ao tratamento clínico com crise hipertensiva e edema agudo de pulmão

*Patient with renovascular hypertension refractory to clinical treatment with hypertensive crisis and acute pulmonary edema*

Telmo P. Bonamigo\*

### Parte I - Caso clínico

Paciente de 65 anos de idade, feminina, branca, dona-de-casa, foi admitida no serviço de emergência de hospital terciário, em 12 de junho de 1994, queixando-se de dispnéia intensa, precedida de tosse seca e dor torácica.

Ao exame clínico apresentava-se extremamente dispnéica (ortopnéia) com sudorese e cianose de extremidades, taquicardia e taquipnéia. A pressão arterial (PA) era 300/170 mmHg e na ausculta pulmonar havia estertores pulmonares até o terço médio do tórax. O traçado do ECG não mostrava alterações isquêmicas. Nos antecedentes, havia história de tabagismo durante 40 anos (20 cigarros/dia), dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica identificada há seis anos. Fazia uso regular de hidroclorotiazida, propranolol, metildopa e lovastatina. O quadro clínico foi caracterizado pelo plantonista como edema agudo de pulmão secundário à crise hipertensiva.

De imediato, foram administrados oxigênio 4l/min; morfina 4 mg (EV); isossorbida 10 mg (SL); furosemida 40 mg (EV); aminofilina 240 mg (EV); e nitroprussiato de sódio, sendo a paciente encaminhada para a UTI.

Duas horas após, havia melhora clínica, porém persistia com dispnéia e sudorese. Os sinais vitais indicavam PA 180/110 mmHg; FR 28 mrm; FC 72 bpm; e Tax 36,8 °C.

Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: glicemia 148 mg/dl; creatinina 1,0 mg/dl; Na<sup>+</sup> 137mEq/l; K<sup>+</sup> 2,8 mEq/l; TGO 9 U/l; CPK 27 U/l e CPK-MB 3,0 U/l.

A paciente permaneceu os dois primeiros dias na UTI, recebendo nitroprussiato de sódio; furosemida 40 mg (VO) 12/12 h; Captopril 25 mg (VO) 6/6 h; nifedipina 10 mg (VO) 6/6 h; além de cloreto de potássio (EV e VO). Manteve-se com balanço hídrico negativo nesse período, recebendo alta da UTI assintomática e com níveis pressóricos controlados.

Em 16 de junho, foi submetida a ecografia abdominal, que evidenciou fígado, pâncreas, baço e vesícula biliar normais. Rim direito com cerca de 7,8 cm e esquerdo com 9,2 cm no seu maior eixo. Não havia dilatação dos canais coletores. A aorta abdominal apresentava extensas calcificações parietais e não foram identificadas lesões expansivas. No dia seguinte, foi

---

\* Chefe do Serviço de Cirurgia Vasculard da Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre. Prof. Adjunto de Cirurgia Vasculard - FFFCMPA.

realizada aortografia abdominal e renal (Figura 1). Em virtude da piora da função renal (Cr: 3,1 mg/dl em 18 de junho), foi suspenso o Captopril, sendo substituído por hidralazina e clonidina. Em 20 de junho, apresentava creatinina de 1,9 mg/dl e depuração de creatinina endógena (DCE) de 29 ml/min.

Foi promovida uma conferência médica da qual resultaram os seguintes pareceres. O angiografista considerou o caso inadequado para o tratamento endovascular, pelo risco de trombose durante o procedimento e pelo difícil acesso. O cirurgião vascular considerou a revascularização renal E como a única possibilidade de recuperação e tratamento para a doente, sem a qual o desfecho seria o óbito brevemente.

Assim sendo, a paciente recebeu alta hospitalar em 1º de julho de 1994, com a seguinte prescrição: hidralizina 100 mg (VO) de 6/6 h, clonidina 0,150 mg (VO) de 6/6 h e AAS 200 mg/dia.

### Acompanhamento ambulatorial

Nos dias seguintes, a paciente permaneceu em repouso no domicílio, até que em 17 de julho voltou à emergência com nova crise hipertensiva, além de tonturas, cefaléia e dispnéia, com PA de 200/100 mmHg. Foi aumentada a dose dos anti-hipertensivos e solicitado exames de laboratório.

No dia 27 de julho, apresentava-se novamente dispnéica e hipertensa, com PA 300/130 mmHg. Os exames laboratoriais mostravam glicemia 107 mg/dl; U. 60 mg/dl; Cr. 2,0 mg/dl; e DCE 14,9 ml/min. Mantida a medicação anti-hipertensiva com doses maiores, a paciente permaneceu por dois dias em observação.

Em 04 de agosto, foi internada na Santa Casa, a pedido da família, para submeter-se a procedimento cirúrgico proposto na primeira internação.

### Desafio

Trata-se de paciente com HAS de longa duração que, nos últimos meses, tornou-se refratária à medicação usual, tendo passado a usar três drogas hipotensores. Nas últimas semanas, foi internada em UTI cardiológica com edema agudo de pulmão, que se repetiu por mais duas vezes.

Depois de comprovada a origem da HAS, o angiografista julgou que o tratamento endovascular não seria adequado para essa paciente, e o clínico a considerou sem condições para um procedimento cirúrgico maior. Surgiu, então, um impasse, do qual a família tomou conhecimento e foi proposto a mesma que decidisse por uma das alternativas sugeridas: seguir tratamento clínico ou aceitar a proposta de tratamento cirúrgico.

Inicialmente, deve ser observado que este caso clínico ocorreu há oito anos atrás.

Vamos encaminhar a proposta de discussão terapêutica com algumas perguntas que permitam uma reflexão:

1. **O que você faria frente a cada uma das alternativas existentes?**
2. **Proporia tratamento cirúrgico ou manteria o tratamento clínico?**
3. **Se optasse pelo tratamento endovascular, como resolveria os seguintes problemas?**
  - a) Qual o acesso vascular que utilizaria face à presença de doença estenosante aorto-iliaca?
  - b) Qual a chance de sucesso comprovada?
  - c) Qual o seguimento comprovado em três a cinco anos, na literatura, de casos semelhantes?
  - d) Qual o risco de trombose imediata da artéria renal?
4. **Se optasse pela cirurgia convencional direta, como resolveria as seguintes questões:**
  - a) Como dimensionaria o risco cirúrgico?
  - b) Quais as alternativas cirúrgicas mais adequadas?
  - c) Faria endarterectomia isolada da artéria renal E?
  - d) Faria endarterectomia ampliada da aorta e artéria renal E?
  - e) Faria ponte aorto-iliaca + ponte aorto-renal?
  - f) Faria derivação alternativa (espleno-renal)?
  - g) Teria outra alternativa cirúrgica?

**Veja a continuação desta seção com a resposta do desafio terapêutico na página 85.**