

ESTENOSE BILATERAL DE ARTÉRIA RENAL E HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA: RELATO DE CASO

BILATERAL RENAL ARTERY STENOSIS AND SECONDARY HYPERTENSION: CASE REPORT

ANA PAULA ZANATTA ROSA^{1*}, FERNANDA LEMES TOLEDO JUSTO¹, YASSER URIS VASCONCELOS PAIVA², ROSANA LOPES SOUZA MIRANDA³, GUIDO LUIS GOMES OTTO⁴

1. Acadêmicas de medicina da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá; 2. Residente cirurgia vascular Hospital João de Freitas; 3. Professora vascular da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá; 4. Professor nefrologista da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá.

* Rua Marcílio Dias, 983, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87050-120. anapaulazanatta@hotmail.com

Recebido em 16/08/2016. Aceito para publicação em 16/01/2017

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é a doença mais prevalente do mundo sendo a hipertensão essencial a principal, em algumas situações deve-se suspeitar de hipertensão arterial sistêmica de origem secundária como a estenose da artéria renal. Relatamos o caso de uma paciente de 77 anos, com hipertensão arterial de difícil controle com o uso de diversas medicações e assintomática, com história de aterosclerose em carótida. O ultrassom doppler constatou estenose bilateral de artérias renais e foi tratada com angioplastia e colocação do stent na artéria renal esquerda que apresentava estenose de 80%, enquanto que a direita que estava 60% ocluída não foi e os níveis pressóricos foram controlados. Concluímos que apenas o tratamento da oclusão mais importante mostrou um bom resultado.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial, estenose, angioplastia.

ABSTRACT

Hypertension is the most prevalent disease in the world with essential hypertension the main, in some situations should be suspected hypertension secondary source such as renal artery stenosis. We report the case of a 77 year-old patient with hypertension difficult to control with the use of various medications and asymptomatic, with a history of atherosclerosis in carotid artery. Ultrasound doppler found bilateral stenosis of the renal arteries and was treated with angioplasty and stenting left renal artery stenosis showed 80%, whereas the right which was 60% was not occluded and the blood pressure were monitored. We conclude that only the treatment of the most important occlusion showed a good result.

KEYWORDS: Hypertension artery, stenosis, angioplasty.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença mais prevalente em todo mundo, porém 5 a 10% desses pacientes possuem HAS de origem secundária, como por

exemplo, a estenose de artéria renal sendo essa mais frequente em idosos, diabéticos, hipertensos e em pacientes com doença arterial coronariana¹.

Quando a estenose provém da calcificação das artérias, sabe-se que essa é mais comum em idoso e possui caráter progressivo e quando a mesma está com estreitamento de 75%, cerca de 20% dos casos pode apresentar-se ocluída em até um ano². Para Wainstein & Lemos (2007)³, a estenose significativa é aquela que reduz cronicamente o fluxo sanguíneo renal e ativa o sistema renina-angiotensina, sendo atingido um estreitamento de 70 a 80%, quando superior a 70%, geralmente, estão associadas com a presença de hipertensão ou de diminuição da função renal.

Quanto ao diagnóstico dessa patologia segue como padrão-ouro a arteriografia, entretanto a ultrassonografia com Doppler colorido é utilizada mais frequentemente por não ser invasiva e tornou-se o padrão-ouro para rastreamento por possuir também boa acurácia^{4,5}.

Para Gonçalves, *et al.* (2007)⁶ a terapêutica para a doença renovascular aterosclerótica se baseia no controle da HAS e dos demais fatores de risco para eventos cardiovasculares e a revascularização renal, que pode ser obtida com cirurgia ou com angioplastia, com ou sem implante de stent. A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010)⁷ refere que pacientes que desenvolvem hipertensão secundária normalmente já possui anteriormente a HAS primária, desse modo é aceito o uso farmacológico de medicamentos que bloqueiam o sistema renina angiotensina aldosterona como os inibidores da enzima conversora de angiotensina e os bloqueadores de receptores AT1 da angiotensina II, porém há contraindicação quando presença de estenose renal bilateral ou unilateral se paciente possui apenas um rim.

2. RELATO DE CASO

A. M. A, sexo feminino, 77 anos, branca, procedente de Cruzeiro do Oeste, foi encaminhada ao serviço de

cirurgia vascular de um hospital na região norte do Paraná em 05/10/2015 com hipertensão arterial sistêmica descontrolada, às custas de aumento da PA sistólica, com a paciente assintomática no momento.

História mórbida progressiva de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hipercolesterolemia, atualmente em tratamento com carvedilol, atenolol, losartana, hidroclorotiazida, metildopa, glibenclâmida, relata procedimento cirúrgico há 1 ano devido obstrução de carótida, nega alergias medicamentosa. É Tabagista em abstinência há 27 anos (carga tabágica 35 maços/ano).

SINAIS VITAIS: PA: 180x100 mmHg, Sat: 96%, FC: 70 bpm; FR: 18 irpm, T 36,6°C

No exame físico a mesma estava em BEG. Tórax em tonel, com ausculta cardíaca de alta frequência com timbre estalante permanentemente e rítmicos. A ultrassonografia com doppler das artérias renais revelou rins com dimensões moderadamente reduzidos, forma e contornos normais.

Raio X de tórax, eletrocardiograma, arteriografia renal e exames laboratoriais traziam série vermelha e branca dentro da normalidade com creatinina: 1,2 mg/dL, glicose: 181 mg/dL, potássio: 3,9 mmol/L e uréia: 32 mg/dL. O eletrocardiograma e o raio X permitiram condições para realização da arteriografia. A PA antes do procedimento teve pico de 220x100 mmHg.



Figura 1. Artéria renal estenosada.

Arteriografias seletivas renais 01/09/15: Artéria renal principal esquerda evidencia severas irregularidades de contornos em porção justa ostial, com redução da luz em 80% e artéria renal direita com 60% de obstrução. Seguiu-se para angioplastia transluminal de artéria renal esquerda colocação percutânea de prótese endovascular e optou-se por não intervir na artéria renal direita. Após paciente obteve alta hospitalar para possível angioplastia em artéria renal direita, a mesma estava em bom estado geral e PA 130x70 mmHg e foi solicitado retorno nos próximos 30 dias. Além disso, foi prescrito sinvastatina

de 40 mg 1 x dia (noite) e Clopidogrel 75 mg 1 x dia.



Figura 2. Artéria renal após stent

No retorno a paciente estava com a pressão arterial dentro da normalidade e foi orientada acompanhamento da pressão ambulatorialmente.

3. DISCUSSÃO

Podemos definir hipertensão renovascular como uma condição clínica secundária a um estado de hipoperfusão renal, decorrente de um processo estenótico⁸. Quando pressão arterial elevada e assintomática deve-se abrir espaço para investigação de hipertensão arterial por causa secundária. No caso citado a clínica da paciente, bem como sua história de diversas comorbidades, tabagismo e histórico cirúrgico, rapidamente abriu margem para investigação de causa secundária.

A ultrassonografia com doppler das artérias renais é o exame de rastreamento para se estabelecer o diagnóstico, a especificidade é de 70% e sua sensibilidade de 87%¹. Já arteriografia renal é o método padrão-ouro para o diagnóstico de hipertensão renovascular⁹. A arteriografia é um exame diagnóstico e terapêutico, sendo esse último realizado após exame não invasivo.

Dwokin, L. D. & Cooper C. J (2009)¹⁰, ressaltam que o tratamento para aterosclerose da artéria renal ainda é controverso, e o melhor tratamento permanece incerto, sendo o tratamento clínico utilizando multidrogas (anti-hipertensivos, principalmente inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, estatinas e antiplaquetários). Após inserção do stent esses pacientes precisam utilizar antiagregante plaquetário como ácido acetil salicílico e clopidogrel afim de que esse corpo externo presente no organismo não venha a ser causa de proble-

mas¹¹.

Wheatley, *et al.* (2009)¹², num estudo comparativo entre a revascularização e o tratamento médico com drogas anti-hipertensivas e protetores renais para a terapêutica de estenose da artéria renal, em estudo randomizado não cego de cinco anos concluiu que não houveram diferenças significativas entre os grupos, quando comparados os níveis de creatinina sérica, taxa de filtração glomerular, gravidade da estenose da artéria renal, e progressão da insuficiência renal, assim como, a pressão arterial sistólica diminuiu nos dois grupos de estudo, e os eventos cardiovasculares e as complicações a longo prazo também foram similares. O que reforça o caso apresentado, que mesmo com uma artéria renal remanescente estenosada e medicação de controle para hipertensão a paciente ficou estável.

Cooper, *et al.* (2014)¹³, num ensaio clínico para avaliar a terapia medicamentosa em comparação com a angioplastia associada a terapia medicamentosa, constatou que não houve diferença significativa entre as técnicas utilizadas. Os pacientes que receberam somente tratamento farmacológico apresentaram melhora no quadro renal e cardiovascular, enquanto os pacientes que realizaram angioplastia com stent não forneceram vantagens complementares, apesar de ser a estratégia preferida para a maioria dos pacientes, contrariando o que aconteceu com a nossa paciente que obteve controle adequado da pressão arterial com menor necessidade de medicação.

5. CONCLUSÃO

Concluímos que, neste caso, apesar da estenose bilateral das artérias renais, houve benefício para a paciente após a angioplastia com colocação de stent na artéria com maior estenose, obtivemos o controle adequado da pressão arterial com diminuição da necessidade de medicação.

REFERÊNCIAS

- [01] Feldman A, *et al.* A relação entre estenose de arteria renal, hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2008; 15(3):181-184.
- [02] Carnevale FC, *et al.* Indicações do Tratamento Endovascular nas Estenoses da Artéria Renal. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2006; 14(1):76-81.
- [03] Wainstein MV, Lemos P. Doença Aterosclerótica da Artéria Renal. *Rev Bras Cardiologia Invasiva*. 2007; 15(1):70-72.
- [04] Bonamigo, *et al.* Doença arterial renovascular: desafio terapêutico e seguimento a longo prazo. *Revista da AM-RIGS*, 2008; 52 (1):52-55.
- [05] Scala LCN & Rodrigues CIS. Estenose de Artéria Renal – Arteriografia Renal: procedimento para todos? *Revista Factores de Risco*. 2013; 28:20-24.
- [06] Gonçalves JAA, *et al.* Eficácia Clínica da Revascularização Renal Percutânea com Implante de Stent em Pacientes com Doença Renovascular Aterosclerótica. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(1):85-90.

- [07] Diretriz de Hipertensão VI. *Jornal Bras Nefrol*. 2010; 32(11):44-53.
- [08] Papelbaum B, *et al.* Hipertensão renovascular: do diagnóstico ao tratamento. *Revista Brasileira Hipertensão*. 2007; 14(2):127-130.
- [09] Guillaumon AT, *et al.* Tratamento endovascular da estenose da artéria renal em rim único. *Jornal Vascular Brasileiro*. 2008; 7(2):99-105.
- [10] Dwokin LD & Cooper CJ. Renal-Artery Stenosis. *New England Journal of Medicine*. 2009; 361(20):1972-1978.
- [11] Silva FB, *et al.* Resistência ao Clopidogrel: Prevalência e Variáveis Associadas. *Arq Bras Cardiologia*. 2012; 99(6):1135-1141.
- [12] Wheatley K, *et al.* Revascularization versus Medical Therapy for Renal-Artery Stenosis. *New England journal of medicine*. 2009; 361(20):1953-1962.
- [13] Cooper CJ, *et al.* Stenting and Medical Therapy for Atherosclerotic Renal-Artery Stenosis. *New England journal of medicine*. 2014; 370 (1):13-22.