

Captopril e hipertensão renovascular aguda. Relato de caso

*Nathan Valle Soubihe **, *César Augusto Ambrósio ***, *Aureo José Ciconelli ****,
*José Domingos Contrera *****

Os autores relatam um caso de hipertensão arterial de início súbito em um paciente jovem, após episódio agudo de dor na região lombar direita, que regrediu com medicação sintomática.

Os exames subsidiários e o estudo radiológico evidenciaram displasia da artéria renal direita, com obstrução total de um de seus ramos e infarto renal.

A terapêutica anti-hipertensiva foi instituída com droga bloqueadora do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com a normalização da pressão arterial em 17 meses de observação.

Os casos de hipertensão renovascular, seja por obstrução da artéria renal ou de um de seus ramos, por trombose ou embolia, são bastante raros, não ultrapassando, de acordo com a literatura, 4 a 5% da população hipertensa ¹.

Pode haver uma concomitância entre a constatação da obstrução arterial e a presença de um quadro hipertensivo, embora possa não haver relação de causa e efeito ^{2,3}.

O estímulo do sistema renina-angiotensina é o principal mecanismo incriminado na gênese do quadro hipertensivo decorrente da isquemia renal ⁴.

O aparecimento súbito de níveis tensionais aumentados em pacientes jovens, associado a uma história aguda de dor transitória nos flancos, acompanhada de hematúria macro ou microscópica, é fortemente sugestivo de infarto renal.

A obstrução da artéria renal com infarto pode originar-se de trombose (placas de ateromas, aneurisma da artéria renal, vasculites, escleroderma, policitemia, etc.) ou de embolia (trombos murais, tumores intravasculares ou corpos estranhos).

A urografia excretora e, principalmente, a arteriografia seletiva de cada artéria são exames essenciais para, juntamente com o quadro clínico, confirmar o diagnóstico de infarto renal.

No caso em apreço, a história clínica, os dados arteriográficos e o sucesso da conduta terapêutica da hipertensão pelo bloqueio do sistema renina-angiotensina tornam evidente o diagnóstico de hipertensão dependente de angiotensina, decorrente do infarto renal.

Apresentação do caso

Homem, 33 anos, casado, branco, representante comercial, natural de Pirangi, procedente de Ribeirão Preto (SP), apresentou subitamente, em 01/04/81, dor de forte intensidade na região lombar direita, com irradiação para a face anterior do abdome, acompanhado de náuseas, obstipação intestinal e diminuição do número de micções. Negava outros sintomas. Como antecedentes familiares, pessoais e interrogatório dos demais aparelhos, nada referia.

Ao exame físico, apresentava-se eupneico, acianótico, hidratado, corado, anictérico, com pressão arterial (PA) de 150 x 100 mm Hg (braço direito, sentado), pulso de 80 bpm e temperatura de 36,4C. Apresentava punho percussão da loja renal direita dolorosa. O restante do exame físico era normal.

A urina tipo I mostrava densidade = 1017; pH = 7,8; sem sedimento; coloração amarelo-citrina; 2.000 células/ml; 3.000 leucócitos/ml; 2.000 hemácias/ml;

Trabalho realizado no Hospital São Lucas de Ribeirão Preto (SP).

* Professor-Titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Catanduva.

** Médico do Hospital São Lucas.

*** Professor-Adjunto do Departamento de Cirurgia e Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

**** Médico-Assistente de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

crystal ausentes, exame químico sem alteração. O hemograma mostrou 4.790.000 eritrócitos/mm³; 13,3g de hemoglobina/dl; hematócrito 42%; 9.000 leucócitos/mm³, sendo 76% de neutrófilos; 5% de bastonetes; 71% de segmentados; 0% de eosinófilos; 1% de basófilos; 19% de linfócitos; 5% de monócitos; 0% de plasmácitos; sem linfócitos atípicos e plaquetas sem alterações.

A radiografia simples de abdome era sem alterações.

Foi medicado durante a internação com antiespasmódicos. Apresentou boa evolução, com remissão dos sintomas, tendo recebido alta em 06/04/81, em bom estado geral.

Em 13/05/81, encontrava-se assintomático, com PA em membro superior direito (MSD) de 160 X 100 mm Hg. Em 08/07/81, mantinha-se assintomático, porém com PA em MSD, de 200 x 120 mm Hg. Na ocasião, ao fundo de olho, observavam-se poucos cruzamentos arteriovenosas patológicas e papila com lado temporal discretamente borrado. O hemograma não tinha alterações. A urina tipo I mostrava densidade de 1014; pH = 7,0; coloração amarelo-citrina; sem sedimento; 2.000 células/ml; 2.000 leucócitos/ml; 2.000 hemácias/ml; cristais e cilindros ausentes. A uréia plasmática era de 17 mg%.

Em 27/07/81, foi feita dosagem de renina plasmática através de radioensaio, que mostrou renina de 5,22 mg/ml/h.

À urografia excretora, realizada em 10/07/81, observou-se deformidade calicial difusa, mais evidente em cálices superiores, à direita. A arteriografia renal seletiva bilateral, realizada em 27/07/81, pelo método de Seldinger, mostrou artéria renal direita com irregularidade, rigidez de parede e diminuição de calibre. O ramo central estava obstruído totalmente. Havia presença de irrigação da zona hipoperfundida por ramos colaterais perfurantes e um ramo da artéria supra-renal. O quadro radiológico foi descrito como de displasia da artéria renal direita, com obstrução total de seu ramo principal e seqüela de infarto renal (fig. 1).

Foi medicado com 75 mg de captopril por dia, e, após 3 meses, apresentou perda total do paladar, que foi restabelecido com a diminuição da dose para 37,5 mg/dia, sem alterar o controle da hipertensão arterial. Ao final de 17 meses de observação, continuava com a mesma dosagem e pressão arterial de 120 x 90 mm Hg.

Discussão

A evolução clínica de um paciente, sabidamente normotenso anteriormente, com súbita elevação da PA,

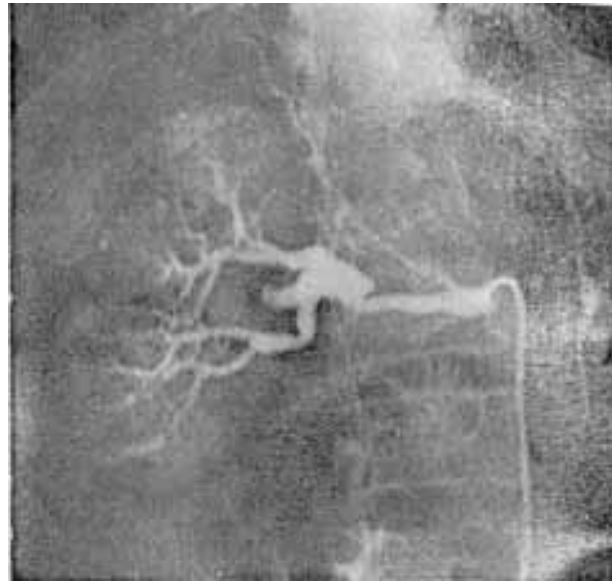


Fig. 1 - Arteriografia renal direita em projeção ântero-posterior, onde se vêem nitidamente as alterações do calibre da artéria renal hipoperfundida, com sua circulação colateral.

acompanhada de quadro agudo de dor na região lombar direita, sem evidência de hematúria, fez-nos continuar a investigação diagnóstica, para esclarecimento da causa de hipertensão arterial.

A urografia excretora mostrou alterações no sistema calicial e retração do rim direito, as quais poderiam ser de várias causas, dentre elas, a pielonefrite crônica.

A arteriografia renal seletiva, demonstrou displasia da artéria renal direita com obstrução total do ramo principal desse vaso, com conseqüente infarto renal, fato esse que se acompanha de aumento de renina plasmática.

Esses elementos, associados ao quadro clínico, caracterizavam a etiologia renovascular da hipertensão.

A boa resposta terapêutica ao captopril, durante toda a evolução, confirma a eficácia dessa droga nesse tipo de doenças.

O único efeito colateral foi a perda total do paladar, o qual foi restabelecido após a diminuição da droga, não sendo necessária a interrupção da terapêutica.

Summary

The article describes a case of renovascular hypertension due to a probable acute episode of renal ischemia. The 33-year old Caucasian patient showed symptoms of intense pain in the right lumbar region for 24 hours. Hypertension in the patient prompted arteriographic exploration, where obstruction of the principal branch of the renal artery with consequent

infarction was discovered. In the course of the past month, the patient has presented satisfactory response to treatment with captopril, with normalization of the arterial pressure.

Referências

1. Genest, J.; Boucher, R.; Ortega, J. M. R.; Roy, P.; Lefebvre, R.; Cartier, P.; Nowaczynsk, W.; Kuchel, O. - Renovascular hypertension. In Genest, J.; Koiw, E.; Kuchel, O. - Hypertension, Physiopathology and Treatment. Mc-Graw-Hill, New York, 1977. Capítulo 24.2, p. 816.
2. Holley, K. E.; Hunt, J. C.; Brown - Renal artery stenosis. A clinical-pathologic study in normotensive and hypertensive patients. *Am. J. Med.* 37: 14, 1964.
3. Eyster, W. R.; Clark, N. D.; Garman, J. E. - Angiography of the renal areas including a comparative study of renal arterial stenosis in patients with or without hypertension. *Radiology*, 78: 879, 1962.
4. Genest, J. - The renin-angiotensin-aldosterone system. In Brest, A. N.; Moyer, J. H. - *Physiopathology in Cardiovascular Diseases*. Davis, Philadelphia, 1968. p. 144.
5. Ribeiro, A. B.; Alves, G. F.; Almeida, F. A.; Kohlmann, O. Jr.; Stella, S. R.; Ramos, O. L. - Captopril no tratamento clínico da hipertensão renovascular. *Rev. Ass. Med. Brasil.* 26: 153, 1980.