



Hipertensão arterial sistêmica

curso • **Semiologia – Sistema Cardiovascular**

• CASO CLÍNICO

Paciente de 57 anos, sexo masculino, comparece a consulta ambulatorial de rotina assintomático. É hipertenso com diagnóstico há 6 anos e faz uso irregular dos medicamentos pois “não sente nada e acha que a pressão está boa”. Nega outras comorbidades. Sua acompanhante (esposa) afirma que vem notando o marido mais “cansado. Está sedentário e sente dispneia quando caminha no mesmo ritmo que ela. Nega precordialgia e dispneia em repouso. Sem sintomas urinários ou gastrointestinais. Ao aferir a PA do paciente no início do exame físico você se assusta ao encontrar um valor de 192 x 128 mmHg, conferido no membro oposto. Você solicita ajuda de seu preceptor pois acha que deve mandá-lo ao hospital para ter sua PA controlada. O preceptor orienta que você termine o exame físico do paciente e busque por sinais de “lesões em órgãos alvo”. Quais achados você pode encontrar nesse exame que caracterizariam a situação como uma emergência, com necessidade de transferência hospitalar?

• INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma PA maior ou igual a 140x90 mmHg em ao menos duas medidas em momentos diferentes (critérios brasileiros). É um das doenças mais prevalentes na atualidade (presente em cerca de 30% da população), sendo na maioria das vezes idiopática, surgindo a partir de uma mistura de fatores genéticos e ambientais. São fatores de risco para seu surgimento a obesidade, sedentarismo, idade avançada, consumo excessivo de sal e de álcool e o estresse. Muito mais rara, a hipertensão arterial secundária pode se dar devido à estenose de artéria renal, hiperaldosteronismo primário, doença parenquimatosa renal, feocromocitoma, síndrome da apneia obstrutiva do sono, síndrome de Cushing, uso de medicamentos. A HAS é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e os valores pressóricos têm relação direta com os índices de morbimortalidade.

No final de 2017 foi publicada uma nova diretriz pelo American College of Cardiology (ACC) e a American Heart Association (AHA) que passou a considerar



como hipertensão valores de pressão arterial sistólica (PAs) entre 130 e 139 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAd) entre 80-89 mmHg, com base em estudos que afirmam que a partir desses valores já há um risco aumentado para doenças cardiovasculares. Entretanto, a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (VI DBHA), a última atualização da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESC) e do *Joint National Committee* ainda mantém os valores originais, que são seguidos pela maioria das instituições no Brasil.

PA (s / d)	VI DBHA	ACC/AHA 2017
< 120 e < 80	PA normal	PA normal
120–129 e < 80	Pré-hipertensão	PA elevada
130–139 ou 80–89	Pré-hipertensão	Hipertensão estágio 1
140–159 ou 90–99	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2
160-179 ou 100-109	Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 2
≥ 180 ou ≥ 110	Hipertensão estágio 3	Hipertensão estágio 2



O Ministério Da Saúde brasileiro recomenda o rastreamento da HAS em toda consulta ambulatorial para pacientes maiores de 18 anos que não têm ao menos um registro nos últimos dois anos, como método importante de diagnóstico precoce dessa patologia, permitindo o início do tratamento e redução de lesões em órgãos alvo e eventos cardio e cerebrovasculares. Novas aferições podem ser bianuais se o valor encontrado for abaixo de 120 x 80 mmHg, anuais se PAs entre 120 e 139 ou PAd entre 80 e 89 (exceto se o paciente possuir outros fatores de risco cardiovascular), ou em uma a duas semanas caso o valor aferido seja maior que 140x90 mmHg.

• SEMIOTÉCNICA

A medida da pressão arterial é realizada por método não invasivo na maioria dos atendimentos. Utiliza-se um esfigmomanômetro para criar uma pressão externa e colabar uma artéria periférica, em seguida ele é desinsuflado, permitindo que o sangue volte a fluir por esta quando a pressão externa se iguala à pressão máxima arterial (pressão sistólica). O esfigmomanômetro contém um ponteiro que nos permite acompanhar esses valores pressóricos, e o momento em que o sangue volta a fluir pela a artéria pode ser percebido pela palpação ou pela ausculta. O segundo método, mais preciso e mais utilizado, consiste em apoiar o estetoscópio sobre a artéria, abaixo do ponto de insuflação do manguito, auscultando os chamados Sons de Korotkoff. Como já foi explicado na aula sobre técnica de aferição da PA, o primeiro som auscultado representa a medida da pressão arterial sistólica (PAs) e o abafamento ou desaparecimento (mais comumente se considera o desaparecimento mas isso pode variar de acordo com a referência) deste representa o valor da pressão arterial diastólica (PAd). Durante a medida o paciente deve estar preferencialmente em repouso, com o braço apoiado a nível do precórdio, pernas descruzadas e em silêncio. O manguito do esfigmomanômetro deve ser adequado para o braço do paciente, com a largura da câmara inflável de pelo menos 40% do comprimento do braço e o comprimento, de pelo menos 80% de sua circunferência.

Entretanto, um dos conceitos mais importantes que você deve ter em mente é que o exame do paciente hipertenso não acaba ao diagnosticar a HAS. Para



guiar o tratamento e estimar seu prognóstico é fundamental que ele passe por um exame físico minucioso, com foco neste primeiro momento em torno dos órgãos que são mais frequentemente lesados com o aumento da PA, os chamados “órgãos alvo”. São eles: cérebro, coração, artérias, retina e rins. O examinador deve realizar inspeção, palpação, percussão e ausculta dos sistemas respiratórios e cardíaco, palpação de pulsos periféricos, exame neurológico sumário e exame de fundo de olho. Exames complementares podem ser solicitados de acordo com achados clínicos e incluem função renal, urina tipo I, ECG, lipidograma e hemograma.

• ACHADOS E CORRELAÇÕES CLÍNICAS

A HAS é uma doença silenciosa. Permanece assintomática, causando lesões sistêmicas, até se manifestar de forma aguda e grave, com lesões já irreversíveis. Alguns pacientes relatam sintomas genéricos como cefaléia e tonturas, porém não há relação acurada entre eles e a HAS, exceto em estágios avançados da doença. Aqui focaremos em possíveis sintomas encontrados em pacientes hipertensos e suas correlações clínicas.

1) Lesões em órgãos alvo: coração e artérias

Os pacientes podem se queixar de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema em membros inferiores e palpitações secundárias à insuficiência cardíaca por miocardiopatia hipertensiva. Já a doença coronariana pode gerar dor precordial desencadeada por estresse ou esforço. Ao exame podemos notar crepitações em bases pulmonares, desvio lateral e aumento do ictus cordis, sopros cardíacos, B3, B4, ingurgitamento jugular e redução dos pulsos periféricos. A aterosclerose em artérias periféricas pode se manifestar como redução do Índice tornozelo-braquial (ITB), assimetria de pulsos, má perfusão periférica e até úlceras isquêmicas.

2) Lesões em órgãos alvo: rins

A HAS é uma das principais causas de doença renal crônica. Essa doença cos-



tuma ser assintomática em estágios iniciais enquanto em fases mais avançadas pode se manifestar como edema matutino (principalmente palpebral), noctúria, redução do volume urinário, palidez e anorexia.

3) Lesões em órgãos alvo: cérebro

A doença cerebrovascular pode se manifestar agudamente na forma de um acidente vascular encefálico ou cronicamente, com acidentes isquêmicos transitórios, redução da capacidade cognitiva, déficits sensores e/ou motores.

4) Lesões em órgãos alvo: retina

A HAS é importante causa de retinopatias, que podem se manifestar como amaurose, escotomas, redução da acuidade visual. O exame de fundo de olho é fundamental nesses pacientes, permitindo identificar lesões arteriolares da hipertensão. Os achados de maior gravidade são papiledema, estreitamento arteriolar, hemorragias e exsudatos algodonosos.

5) Crise hipertensiva

A crise hipertensiva engloba duas condições, a urgência e a emergência hipertensivas. Têm em comum a elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, com consequente risco imediato ou potencial de vida. Apesar da definição arbitrária de ser considerada com $PA \geq 120$ mmHg, não é baseada apenas nos níveis pressóricos, mas sim nas manifestações dessa hipertensão.

- Urgência hipertensiva (UH): elevação acentuada da PA, sem lesão em órgão alvos (LOA). Sintomas possíveis incluem ansiedade, cefaleia, epistaxe e tontura.

- Emergência hipertensiva (EH): elevação acentuada da PA com LOA aguda e progressiva. Os achados que caracterizam a EH são: Infarto agudo do miocárdio, angina instável, encefalopatia hipertensiva, hemorragia intracraniana, aci-



dente vascular encefálico, disfunção ventricular esquerda aguda com edema agudo de pulmão, aneurisma dissecante de aorta e eclâmpsia.

a) Encefalopatia hipertensiva: é uma disfunção cerebral aguda devido ao aumento da PA, manifestada como cefaleia intensa, visão turva, náusea, vômitos, confusão mental, convulsões e até coma.

- Pseudocrise hipertensiva: é uma situação na qual há aumento dos níveis pressóricos (independente do valor encontrado) sem LOA e sem constituir um risco imediato à vida do paciente. Geralmente são pacientes hipertensos crônicos, assintomáticos ou que recentemente passaram por um evento traumático ou doloroso (cefaleia, dor torácica atípica, estresse psicológico, síndrome do pânico).

6) Hipertensão arterial secundária

Deve-se suspeitar de HAS secundária em casos de início abrupto, sobretudo se antes dos 30 ou após os 55 anos, HAS grave e/ou refratária ao tratamento. Alguns achados e suas possíveis causas estão listadas abaixo:

- Estenose de artéria renal: sopro abdominal a nível da artéria renal.
- Coarctação de aorta: diferença pressórica >20mmHg entre membros superiores, pulsos femorais reduzidos e lentos, sopro abdominal.
- Hiperaldosteronismo primário: hipopotassemia (pode se manifestar como arritmias), nódulo adrenal, histórico familiar.
- Doença parenquimatosa renal: a principal causa é o rim policístico, manifestado como massa abdominal palpável, edema, anorexia, fadiga, além de alterações em exames de função renal e sedimento urinário.
- Feocromocitoma: cefaleia, sudorese e palpitações.



- Síndrome da apneia obstrutiva do sono: os pacientes geralmente são homens e obesos, com relato de sono não reparador, sonolência diurna, fadiga e roncos.
- Síndrome de Cushing: ganho de peso, fadiga, hirsutismo, amenorreia, fâcies em lua cheia, “giba dorsal”, estrias purpúreas, obesidade central.

• DESFECHO DO CASO CLÍNICO

Neste caso nós estamos diante de um paciente hipertenso não controlado, com valor de PAd >120 mmHg, o que torna necessário buscar por sinais de LOA que poderiam caracterizar a situação como uma emergência hipertensiva, com necessidade de transferência hospitalar para manejo imediato. Esses achados incluem:

- Edema agudo de pulmão: crepitações pulmonares, dispneia, hipoxemia, distensão venosa jugular, B3;
- Dissecção de aorta: dor torácica lacerante com irradiação para dorso, assimetria dos pulsos radiais;
- AVE: déficits neurológicos focais, convulsão, alteração do nível de consciência, náuseas e vômitos persistentes;
- SCA (angina instável ou IAM): dor precordial em aperto com irradiação para membro superior esquerdo ou mandíbula esquerda, dispneia, sudorese;
- Encefalopatia hipertensiva: cefaleia intensa, visão turva, náusea, vômitos, confusão mental, convulsões, coma, retinopatia grave.

O fato de o paciente estar assintomático já exclui a maioria dessas possíveis complicações, cujas clínicas costumam ser exuberantes. O mais provável é que ele tenha uma elevação crônica da PA, sem risco imediato de vida, o que permite seu controle de forma mais gradual..

