

Cintilografia renal dinâmica: indicações, utilidade e limitações na avaliação da hipertensão arterial

MARIA CLEMENTINA PINTO GIORGI

Serviço de Radioisótopos — Divisão de Diagnóstico por Imagem — Instituto do Coração — HC-FMUSP — São Paulo — SP

Nas décadas de 60 e 70, o renograma foi usado para avaliar a função renal com detectores colocados na região lombar dos pacientes, onde se imaginava a localização aproximada dos rins. Porém, a técnica utilizada simplesmente media a radioatividade local após a administração de orto-iodo-hipurato marcado com iodo-131 e registrava curvas de tempo-atividade como um histograma. A evolução tecnológica permitiu que, atualmente, se consigam imagens renais com adequada resolução anatômica e obtenção de curvas renográficas mais precisas. A melhora da técnica também se acompanhou de progressos de radiofarmácia, com a obtenção de traçadores mais adequados aos equipamentos hoje em uso.

Os radiofármacos usados na avaliação da função renal podem ser agrupados em três categorias: 1) eliminados por filtração glomerular; 2) excretados primariamente pelos túbulos; e 3) aqueles que ficam retidos nos túbulos por longo período. Deve-se salientar que os radiofármacos são utilizados em quantidades muito pequenas, não causando lesão renal e podendo ser empregados repetidas vezes, mesmo nos portadores de insuficiência renal e em crianças.

Para avaliar a dinâmica renal, utilizam-se traçadores dos dois primeiros grupos. O DTPA (ácido dietilenotriamina pentacético) marcado com tecnécio-99m é um traçador renal quase totalmente filtrado pelos glomérulos, permitindo obter cintilografias renais dinâmicas de boa qualidade, sendo comumente utilizado no Brasil por causa de seu baixo custo.

O MAG3 (mercaptoacetiltriglicina marcada com tecnécio-99m) é um traçador que sofre secreção tubular, tendo "clearance" semelhante ao do orto-iodo-hipurato e ao do ácido para-amino-hipúrico (50% a 60%). Fornece imagens e curvas renais (ou renogramas) de boa qualidade, sendo o radiofármaco de escolha em muitos laboratórios fora do Brasil. Porém, o elevado custo comparativo ao do DTPA limita seu uso em nosso meio.

A cintilografia renal permite avaliar a dinâmica do fluxo renal e sua simetria, a topografia e a morfologia dos rins, e a passagem do radiofármaco pelas vias urinárias até a chegada

do mesmo na bexiga.

Entre as várias indicações da cintilografia renal dinâmica na área nefrourológica, destaca-se a avaliação de indivíduos com alterações vasculares. O estudo renal dinâmico está indicado na avaliação de portadores de aneurisma de aorta para verificar o envolvimento ou não das artérias renais, na pesquisa de hipertensão de etiologia renovascular (HRV) e na hipertensão pós-transplante renal.

A hipertensão de etiologia renovascular afeta cerca de 1% a 3% de uma população de hipertensos não selecionada e até 15% a 30% dos hipertensos referidos para centros terciários por apresentarem hipertensão refratária a tratamento. Os avanços na angioplastia renal percutânea, a colocação de stent na artéria renal e o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas renovaram o interesse por melhores técnicas de avaliação diagnóstica para esse grupo de pacientes que apresentam hipertensão potencialmente curável.

A HRV é parte de um espectro da doença renovascular que inclui a estenose de artéria renal e a nefropatia isquêmica. A estenose de artéria renal é relativamente comum em indivíduos idosos não hipertensos e pode estar presente em indivíduos hipertensos sem ser necessariamente fator causal ou de piora dos níveis pressóricos.

Assim, frente a um indivíduo hipertenso, algumas questões devem ser levantadas:

- O paciente apresenta alterações renais relacionadas ou não à hipertensão?
- Existe a lesão obstrutiva da artéria renal?
- Essa lesão tem papel importante na fisiopatologia da hipertensão desse paciente?
- No momento atual, é possível prever a melhora ou mesmo a cura da hipertensão caso a lesão seja manipulada de maneira invasiva (angioplastia, stent, "bypass", etc.)?

A cintilografia renal com DTPA permite a avaliação inicial dessas questões de maneira rápida, não-invasiva e com baixo custo para o paciente. A sensibilidade e a especificidade do exame são de 80% a 85% no diagnóstico de hipertensão renovascular. A associação do exame ao teste do captopril leva ao aumento da

sensibilidade e da especificidade, chegando a 90% de sensibilidade e 100% de especificidade.

A inibição do sistema renina-angiotensina evita a conversão de angiotensina I em angiotensina II e, portanto, não ocorre a vasoconstrição da arteríola eferente, importante para a manutenção da filtração glomerular no lado afetado. Assim, o principal efeito do uso do captopril durante a cintilografia renal ocorre na taxa de filtração glomerular. O DTPA, um traçador basicamente dependente de filtração glomerular, vai mostrar redução de captação no rim irrigado pela artéria com obstrução em relação ao exame sem seu uso. Se a redução da taxa de filtração glomerular for severa, a captação pode ser virtualmente ausente. A curva renográfica (Figura 1) mostra achatamento semelhante à observada nos portadores de insuficiência renal.

portadores de insuficiência renal e os idosos, podem se beneficiar da cintilografia renal dinâmica. Nos hipertensos portadores de insuficiência renal, foi demonstrado que a cintilografia renal associada ao captopril pode detectar as alterações hemodinâmicas causadas pela estenose da artéria renal e prever o possível benefício da revascularização em alguns casos, com a vantagem de poder ser repetida para avaliação seriada após a intervenção terapêutica do paciente sem riscos de causar piora na função renal.

A cintilografia tem algumas limitações. Por ser um método funcional, não apresenta boa resolução anatômica. Assim, esse método não detecta diretamente a estenose arterial e sim seus efeitos sobre a hemodinâmica e a função renais. Quando se realiza cintilografia renal em indivídu-

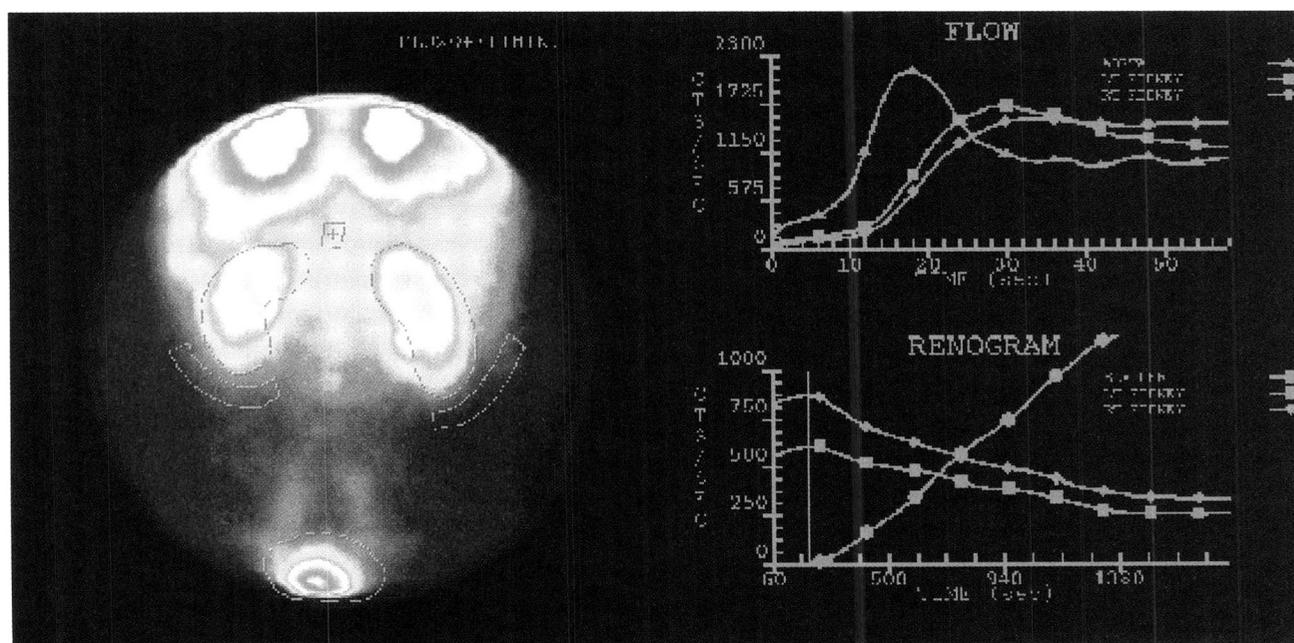


Figura 1. Cintilografia renal dinâmica realizada em portador de estenose de artéria renal esquerda e respectivas curvas renográficas. O rim esquerdo apresenta menor tamanho, menor concentração do radiofármaco e função relativa (41%) menor que o rim direito (59%).

Resultados falsos negativos são raros, mas estão mais freqüentemente associados a pacientes com insuficiência renal com doença biarterial.

Estudos que avaliam a relação custo-benefício do diagnóstico e tratamento da HRV mostram que o emprego da cintilografia renal dinâmica, quando utilizada em população com maior prevalência (isto é, jovens abaixo de 30 anos ou pacientes com hipertensão severa refratária ao tratamento), é economicamente vantajoso.

Populações especiais, como, por exemplo, os

os com lesão bilateral, pode-se subestimar a alteração do lado menos afetado, pois a quantificação da função renal é semiquantitativa. Isso é mais evidente nos portadores de disfunção renal, mas existem também descrições de casos em que ocorreu falso positivo devido à acentuada resposta hipotensiva dos pacientes à administração de captopril previamente ao estudo com DTPA. Existem ainda limitações na resolução espacial dos equipamentos disponíveis para avaliação morfológica de lesões parenquimatosas renais menores que 1,5-2,0 cm (sejam cistos re-

nais, cicatrizes de pielonefrite, infartos ou tumores).

Concluindo, a cintilografia renal dinâmica tem-se mostrado efetiva e de baixo custo na avaliação diagnóstica inicial não-invasiva de pacientes com suspeita de hipertensão de etiologia renovascular, apesar de o diagnóstico anatômico da lesão da artéria renal ser realizado por meio da arteriografia.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Helin KH, Tikkanen I, von Knorring JE, Lepantalo MJ, Liewendahl BK, Laasonen LS, et al. Screening for renovascular hypertension in a population with relatively low prevalence. *J Hypertens* 1998;16(10):1523-9.
2. Fine EJ. Interventions in renal scintigraphy. *Sem Nucl Med* 1999;XXIX(2):128-45.

Os valores de pressão arterial colhidos no teste de esforço são apropriados para se diagnosticar hipertensão arterial?

MILTON GODOY

Centro de Estudos da Fitcor — São Paulo — SP

Sim. Principalmente na pesquisa da hipertensão arterial sistêmica (HAS) futura, que pode ser avaliada pela resposta “hiper-reativa” da pressão arterial em exercício e na HAS “lábil”. Essas situações, embora não impliquem sérias consequências imediatas ao paciente, fornecem relevantes contribuições para a profilaxia da HAS, mesmo que apresentem dificuldades tanto no diagnóstico como na aceitação mais consensual. A avaliação da pressão arterial sistêmica (PAS) durante o teste de esforço (TE) foi, por algum tempo, objeto de controvérsia, notadamente em relação ao componente diastólico, por influência de autores da América do Norte. Durante muitos anos, mediu-se somente a pressão arterial sistólica (PS) durante o TE. Somente nas últimas duas décadas é que foi introduzida a medida da pressão arterial diastólica (PD) no protocolo de TE. Essa lenta aceitação talvez esteja associada à dificuldade de determinação do desaparecimento dos sons de Korotkoff em exercício, enquanto a determinação do aparecimento é facilitada pelo aumento do fluxo sanguíneo provocado pelo exercício. Na tentativa de melhorar a acurácia das medidas da PAS, foram utilizados sistemas automatizados durante o TE. Contudo, esses sistemas mostraram-se menos competentes que o ouvido humano para diferenciar os sons de Korotkoff dos ruídos musculares e da movimentação do ergômetro, principalmente na esteira rolante. O método tornou-se mais confiável com o treinamento na ausculta e com a realização de medidas de PS e PD a cada minuto do exercício e no primeiro, no segundo, no quarto e no sexto

minutos da fase de recuperação, com a utilização de manguitos apropriados e de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. Atualmente, o TE é um método simples, de baixos custos e risco e de boa reprodutibilidade. Oferece informações importantes no estudo e diagnóstico da HAS, nas seguintes indicações: 1) na avaliação dos indivíduos com resposta do tipo “hiper-reativa” (“HR”), com o objetivo de discriminar HAS futura; 2) na avaliação da adaptação da HAS “lábil” em exercício; e 3) na avaliação da adaptação vascular periférica, em exercício, da HAS estável. Antes de discutir essas indicações é fundamental que sejam descritos os critérios adotados para avaliar as respostas da PS e da PD em exercício. Como nossa classificação da resposta da PAS em exercício fundamenta-se em valores normais populacionais, avaliamos, em nosso Centro de Estudos, indivíduos sedentários, hígidos, com eletrocardiograma (ECG) normal, $PS \leq 140$ mmHg e $PD \leq 90$ mmHg em repouso, dividindo os grupos segundo o sexo e faixas etárias de cinco em cinco anos. Nesse estudo, foram determinados as médias e os desvios padrão das respostas cardiovasculares no último minuto de cada estágio do esforço e no primeiro, no segundo, no quarto e no sexto minutos da fase de recuperação. Para facilitar a classificação da resposta cardiovascular durante o TE, utilizamos um “software” que possibilita a visualização, no mesmo gráfico, da curva dos valores normais pelas médias \pm dois desvios padrão segundo sexo e faixa etária e os obtidos pelos indivíduos em todas as fases do TE. Com esse “software”, pode-

mos acompanhar facilmente o comportamento da PS e da PD do indivíduo avaliado em relação às curvas constituídas de valores normais de forma gráfica, como pode ser observado nas curvas normais da PS na Figura 1 e da PD na Figura 2.

IDENTIFICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM RESPOSTA DO TIPO “HIPER-REATIVA”

Consideramos como “HR” todas as respostas de indivíduos com PS casual ≤ 140 mmHg e PD

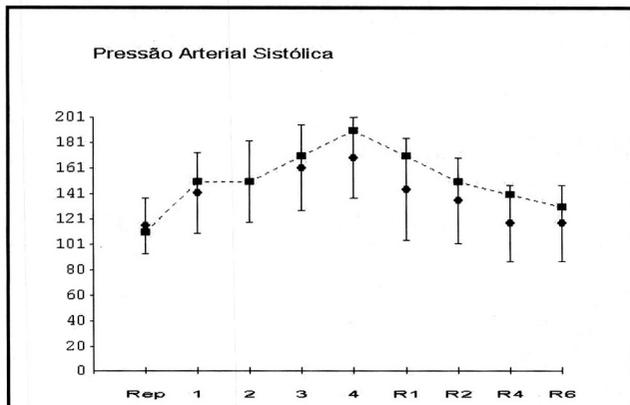


Figura 1. L.G.S.S.F., sexo feminino, normotensa.

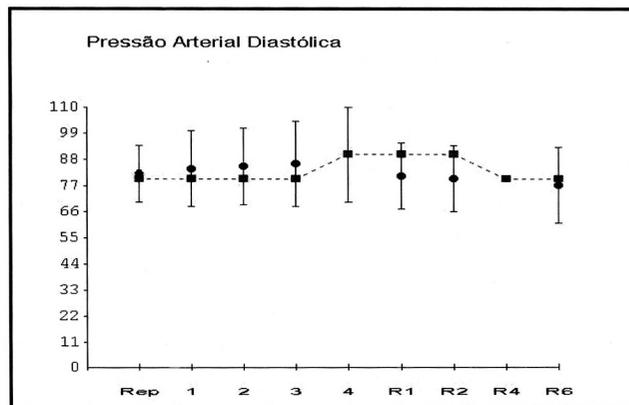


Figura 2. K.I.O., sexo feminino, normotensa.

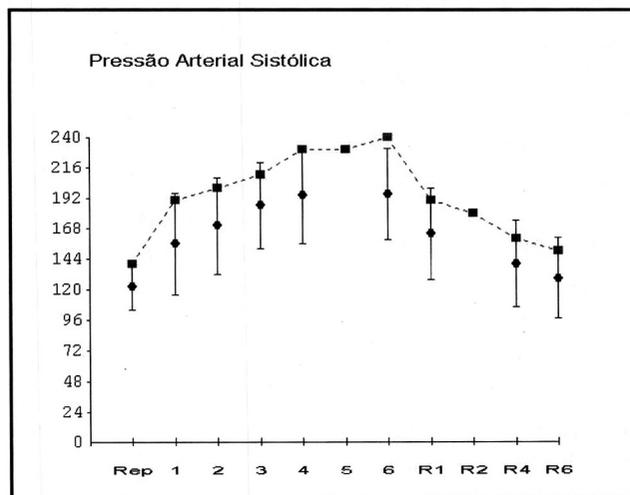


Figura 3. A.L.S., sexo masculino, normotenso.

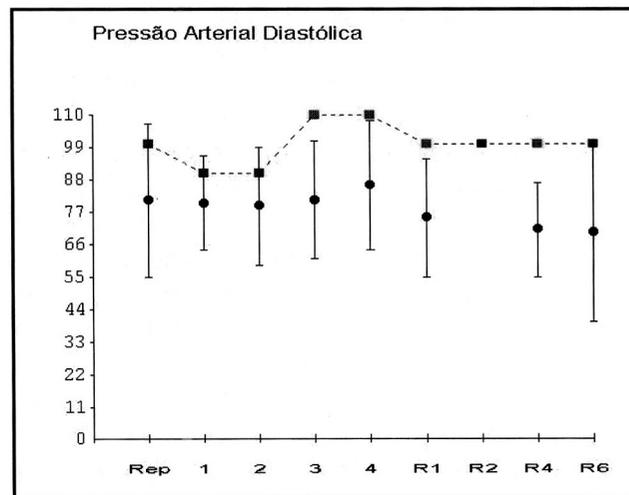


Figura 4. J.B.C., sexo masculino, normotenso.

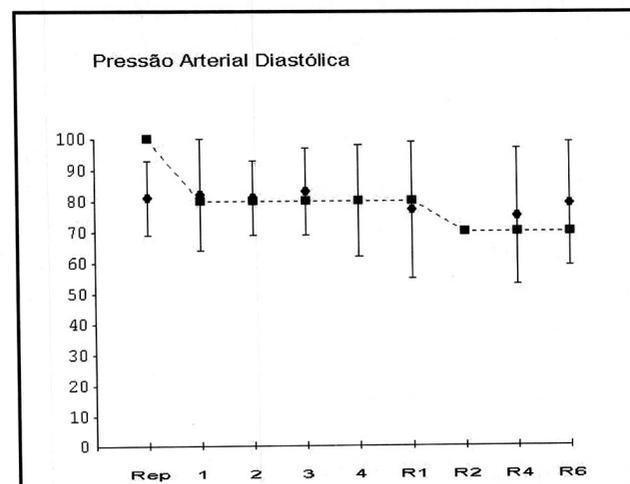


Figura 5. T.T., sexo masculino, hipertenso.

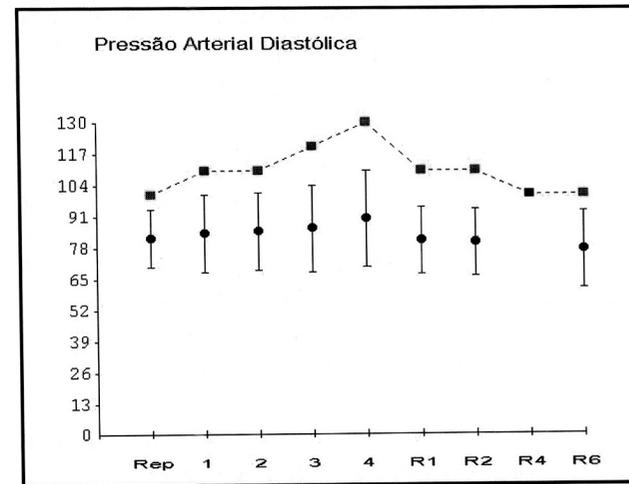


Figura 6. A.M.O.A., sexo feminino, hipertensa.

casual ≤ 90 mmHg, que durante o TE atingem valores de PS ou PD maiores que a média mais dois desvios padrão nos momentos determinados. Essas respostas "HR" de PS podem ser visualizadas na Figura 3 e de PD, na Figura 4.

Resposta "hiper-reativa" de PS

Os serviços que não utilizam as curvas normais podem usar como critério os valores absolutos de PS atingidos durante o TE. Os valores estipulados pelo Consenso Nacional de Ergometria (CNE) (PS ≥ 220 mmHg) e pelo "Framingham Heart Study" (FHS) (187 ± 20 mmHg) são próximos entre si. Os indivíduos com resposta "HR" têm evoluído para HAS com maior frequência que os que apresentam PAS normal em exercício, porém esses "HR" devem representar 10% a 17% da população. Além dessa evolução, podemos acrescentar que esses indivíduos têm risco preditivo maior para hipertrofia ventricular esquerda. Os achados da literatura sobre o assunto são divergentes: enquanto Fagard e colaboradores acreditam que o TE tem pouco a acrescentar, um estudo de Mundal e colaboradores, que acompanharam, durante 16 anos, 2 mil escandinavos de 40 a 59 anos, por meio de TE, no mesmo estágio, em cicloergômetro, mostrou que os indivíduos com PS casual ≤ 140 mmHg e PS em exercício ≥ 200 mmHg apresentaram maior mortalidade por doença cardiovascular (16%) que os indivíduos com PS em exercício < 200 mmHg (6%), independentemente do índice de massa corpórea, cigarro, triglicérides, glicemia e capacidade física. Acreditamos, baseados em nossa experiência e nos achados da literatura, que a resposta "HR" da PS pode ser considerada como de valor prognóstico para HAS e, conseqüentemente, para lesões em órgãos-alvo; contudo, nunca é demais salientar que continuam sendo necessários estudos adicionais.

Resposta "hiper-reativa" da PD

Os serviços que não utilizam as curvas normais podem usar, como critério, os valores absolutos de PD atingidos durante o TE. Os valores estipulados pelo CNE (PD ≥ 105 mmHg) e pelo FHS (82 ± 9 mmHg para mulheres e 94 ± 11 mmHg para homens) são também bem próximos. A resposta "HR" de PD, mesmo com menos tempo de experiência e estudos evolutivos na literatura, parece ter maior valor prognóstico para HAS que a PS. Em nosso Centro de Estudos,

Tabela I. IRVS (dyne.s.cm⁻⁵.m²).

	Normotenso	"Hiper-reativo"
Repouso	2.714 \pm 142	2.806 \pm 316
50 watts	1.659 \pm 546	2.156 \pm 559
100 watts	1.297 \pm 437	1.866 \pm 516

Tabela II. IC (l/min/m²).

	Normotenso	"Hiper-reativo"
Repouso	2,9 \pm 0,4	2,5 \pm 0,5
50 watts	5,5 \pm 1,6	4,8 \pm 1,2
100 watts	7,3 \pm 1,8	6,4 \pm 1,8

20 indivíduos normotensos com resposta normal no TE e 11 indivíduos com pressão casual normal e resposta "HR" de PD no TE foram avaliados pela bioimpedância torácica associada ao TE, em cicloergômetro. Nessa avaliação, foram utilizados dois de seus índices: Índice de Resistência Vascular Sistêmica (IRVS), em dyne.s.cm⁻⁵.m², e Índice Cardíaco (IC), em l/min/m². Nos "HR", foi evidenciada diminuição significativamente menor do IRVS nas cargas de 50 e 100 watts e não-significativa na fase de repouso (Tabela I); mostrou, também, IC com tendência menor nos "HR" (Tabela II).

O IRVS maior, na presença de função ventricular preservada evidenciada pelo IC, representa o substrato mais importante no diagnóstico da resposta "HR" da PD. A PD do tipo "HR" constitui um parâmetro com valor prognóstico importante para HAS e lesão em órgão-alvo.

O TE NA AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO VASCULAR PERIFÉRICA NA HAS "LÁBIL"

O TE pode ser útil na avaliação da adaptação vascular periférica em pacientes com diagnóstico de HAS. Durante o exercício, a PD mantém-se ou sofre ligeira queda, de 4 a 8 mmHg, em indivíduos sedentários e normotensos. Em alguns casos, podemos observar diminuições mais expressivas, que atingem 70 a 80 mmHg em indivíduos destreinados; em indivíduos muito bem condicionados, a PD pode, ilusoriamente, chegar até zero, pela dificuldade de se distinguir a 5ª fase dos sons de Korotkoff; nesses casos, utilizamos a 4ª fase. Em alguns indivíduos com HAS "lábil",

podemos observar diminuição da PD em exercício, demonstrando adequada adaptação vascular periférica em esforço, como pode ser observado na Figura 5. A queda da PD em exercício, mesmo não contribuindo para o diagnóstico de HAS, tem interesse na continuidade da pesquisa e na conduta clínica. Por outro lado, podemos observar indivíduos com HAS "lábil" que aumentam a PD em exercício, demonstrando inadequada adaptação vascular periférica em esforço, como pode ser visto na Figura 6. Esses pacientes podem ter encaminhamentos terapêuticos diferentes do anterior, exigindo-se, dependendo dos dados clínicos, mais rigor nas suas orientações.

OTE NA AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO VASCULAR PERIFÉRICA DA HAS ESTÁVEL

Nas HAS estáveis, diagnosticadas por medidas casuais ou ambulatoriais, temos aumento da resistência vascular periférica e baixo ou normal volume sistólico (VS). Em exercício, observamos aumento subnormal do VS, débito cardíaco diminuído, nível anaeróbio atingido mais precocemente, e capacidade de exercício 30% mais baixa. A maioria dos pacientes com HAS estável apresenta elevação da PD em exercício; entretanto, alguns deles mantêm ou mesmo abaixam a PD, demonstrando, ainda, boa adaptação vascular periférica em esforço. Esses dois comportamentos somados à avaliação da tolerância funcional, avaliados pelo TE, podem ser utilizados para assessorar o tratamento clínico, adequando o controle da PAS a suas atividades cotidianas, principalmente nos indivíduos mais ativos, que em sua rotina de trabalho realizam esforços equivalentes a níveis submáximos no TE. Ao respondermos a pergunta que nos foi formulada, esperamos transmitir a experiência de um grupo essencialmente laboratorial. A vivência é longa, interessada, curiosa e sempre baseada num mesmo e rígido método, mas carece de dados prospectivos, que

são fundamentais. Alguns conceitos aqui expressos podem não ser consensuais; mesmo assim, acreditamos na validade de colocá-los em pauta, visando fundamentalmente ao debate e à proposição a outros grupos de estudo, e, enfim, que a resposta da pressão arterial no teste de esforço fosse incluída nos projetos de pesquisa de fator de risco cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Mansur AP, et al. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Cardiol* 1999;1:94-132.
2. Mastrocolla LE, et al. Consenso Nacional de Ergometria. *Arq Bras Cardiol* 1997;69:270-91.
3. Carvalho VB, Macruz R. Doença Isquêmica do Coração. São Paulo: Sarvier; 1989.
4. Ellestad MH. Stress Testing. Philadelphia: Davis Company; 1986.
5. Lima EG, et al. O teste ergométrico na hipertensão arterial. *HiperAtivo* 1996;3:24-9.
6. Lim PO, MacFadyen RJ, Clarkson PB, MacDonald TM. Impaired exercise tolerance in hypertension patients. *Ann Intern Med* 1996;124:41-55.
7. Singh JP, Larson MG, Manolio TA, O'Donnell CJ, Lauer M, Evans JC, et al. Blood pressure response during treadmill testing as a risk factor for new-onset hypertension. The Framingham Study. *Circulation* 1999;99:1831-6.
8. Mundal R, Kjeldsen SE, Sandvik L, Erikssen G, Thaulow E, Erikssen J. Exercise blood pressure predicts cardiovascular mortality on middle-aged men. *Hypertension* 1994;24:56-62.
9. Fagard R, Staessen J, Amery A. Exercise blood pressure and target organ damage in essential hypertension. *J Hum Hypertens* 1991;5:69-75.
10. Report. Physical exercise in the management of hypertension: a consensus statement by the World Hypertension League. *J Hypertens* 1991;9:283-7.

Limitações, decorrentes da hipotensão, para o uso de inibidores da enzima conversora em pacientes com insuficiência cardíaca

MARCO AURÉLIO DIAS DA SILVA

Setor de Miocardiopatias — Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia — São Paulo — SP

O advento dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), como se sabe, mudou por completo o panorama do tratamento da insuficiência cardíaca (IC) e as perspectivas dos que da síndrome padecem.

Tal mudança levou à noção, cada vez mais aceita e disseminada, de que o medicamento deve integrar o esquema terapêutico da insuficiência cardíaca mesmo em pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos. A presença de hipotensão arterial, extremamente comum nos pacientes mais graves e em classe funcional mais avançada, constitui-se, sem dúvida, em fator limitante para seu uso. O mesmo ocorre com pacientes inicialmente não hipotensos, mas que desenvolvem hipotensão, tão logo se inicia o emprego dos IECA.

Nossa conduta tem sido a de não prescrever a droga nos portadores adultos de IC cuja pressão arterial sistólica (PAS) se situe abaixo de 90 mmHg. Entre 90 e 110 mmHg, iniciamos com

dose muito baixa, equivalente, por exemplo, a 5 mg/dia do enalapril, dividida em duas tomadas. A partir daí, aumentamos progressivamente, na tentativa de alcançar a dose-alvo de 20 mg/dia (ou 75 a 150 mg/dia, no caso do captopril), cuidando para que o valor da PAS não caia abaixo de 90 mmHg. Na segunda situação referida, isto é, a do paciente cujos níveis tensionais caem para 90 mmHg, ou menos, já no início do tratamento, nossa conduta tem sido a de reduzir a dose em uso, mesmo que já originalmente baixa. A suspensão total da droga, a nosso ver, somente se justifica se os níveis da PAS caírem para 70 mmHg, ou menos.

Outra questão a ser considerada é a do paciente cujos níveis tensionais não caem tanto, mas que passam a se queixar de tontura claramente relacionada ao uso do medicamento. Nessa situação, tentamos inicialmente a redução da dose; caso os sintomas persistam, pode ser necessário suspender o medicamento.

Hipertensos do avental branco têm maior probabilidade de se tornar hipertensos estabelecidos?

ANTÔNIO S. SBISSA

Instituto de Cardiologia de Santa Catarina — Florianópolis — SC

Em 1987, Mancina e colaboradores publicaram o achado, já conhecido na prática clínica diária, de que a pressão arterial medida no consultório médico pode ser mais elevada que em outro ambiente, ou quando medida pela enfermagem, por exemplo.

Esse fato foi denominado síndrome ou efeito do avental branco.

A explicação mais aceita é de que esse comportamento traduz a expectativa da revelação das cifras tensionais e suas conseqüências, o que é feito pelo médico. A medida em outros ambientes, ou por outros profissionais, portanto,

pode não desencadear, para esses pacientes, a mesma reação. Tem sido relatado que esse fato se mantém, com o passar do tempo, com o mesmo médico, gerando comportamento condicionado. As cifras tensionais também foram demonstradas mais elevadas na primeira e na última hora da monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas, sugerindo que a expectativa gerada pelo início e pelo fim do exame também produz relativo aumento da pressão. Certamente, a hipertensão do avental branco (condição em que o paciente, em função dessa elevação de pressão frente ao médico, é

diagnosticado como hipertenso) será também proporcional ao que o médico pode representar para o paciente. Pessoalmente, verificamos que em cem pacientes consecutivos, as medidas que fizemos das pressões arteriais foram menores que aquelas obtidas com as enfermeiras, na pré-consulta do Ambulatório de Hipertensão, tanto na média de todos os pacientes como nos diversos grupos (homens, mulheres e idosos). Desde essa oportunidade, temos, repetidamente, postulado que o relacionamento médico/paciente deve ser cuidadoso: que o paciente sempre sinta que o médico tem como maior interesse sua saúde e seu bem-estar, e que não seja o arauto da doença, salientando prognósticos com a finalidade de adesão ao tratamento ou às consultas médicas.

Na literatura médica, a maior parte dos autores cita que a hipertensão do avental branco pouco se correlaciona com morbidade e mortalidade em

relação aos “verdadeiros hipertensos”, estando, porém, em condição intermediária entre estes e os sabidamente normotensos. Os dados de prognóstico são, entretanto, limitados na literatura.

Algumas publicações sugerem, por outro lado, que esses indivíduos têm alta probabilidade de se tornar hipertensos estabelecidos, diagnosticados pela MAPA, enquanto outros acharam pela chance de hipertensão em alguns anos de observação. Recente estudo realizado na Itália, no entanto, em uma observação de até 6,5 anos, cita que um terço dos indivíduos com hipertensão do avental branco apresentou hipertensão na vigília quando observados pela MAPA (para limites normais médios de 135/85 mmHg).

É, entretanto, consensual que esses indivíduos mereçam algum grau de atenção, a despeito das observações acima definidas.