Caso Clínico

Suspensão da terapêutica anti-hipertensiva: quando voltar atrás adianta

Istênio F. Pascoal

Apresentação do caso

Um homem branco, de 50 anos, arquiteto, compareceu ao nosso Serviço há dois anos para avaliação e seguimento clínico de hipertensão arterial, diagnosticada cinco anos antes.

Em 1993, sob intenso estresse emocional, passou a apresentar cefaléia e tonturas. Procurou atenção médica, sendo surpreendidos níveis pressóricos de ~ 160 x100 mmHg. Encaminhado ao cardiologista, fez avaliação complementar convencional, que foi normal. Desde então, passou a usar medicação anti-hipertensiva, a partir de 1995, vinha em uso regular de diltiazem 240 mg 1 vez ao dia. A despeito de flutuações eventuais da pressão arterial, evoluiu assintomático, com acompanhamento semestral.

Teve úlcera gástrica, diagnosticada há 8 anos, com várias recidivas e biópsia negativa para malignidade. Atualmente assintomático, sem medicação específica.

Não havia antecedentes pessoais relacionados à hipertensão. Tinha vida sedentária e desempenhava intensa atividade intelectual. Fumara durante ~ 20 anos, mas havia parado 2 anos antes. Bebe esporadicamente. Algumas medidas prévias do colesterol total ultrapassavam 200 mg/dl, mas nunca havia sido tratado com drogas hipolipemiantes.

Tem cinco irmãos normotensos, mas um deles tem artrite reumatóide. A mãe faleceu de câncer de útero há 20 anos. O pai, de 77 anos, está sob tratamento dialítico crônico há 2 anos, com insuficiência renal atribuída à hipertensão arterial de longa data, além do uso quase diário de diclofenaco oral devido ao diagnóstico presuntivo de artrite reumatóide.

Na nossa primeira avaliação, estava assintomático e o exame físico era inexpressivo. A pressão arterial (PA) foi 140 x 94 mmHg (deitado), 140 x 90 mmHg (sentado) e 138 x 90 mmHg (de pé), a freqüência cardíaca 88 bpm, o peso 66,7 kg e a altura 1,67 m, com índice de massa corpórea de 24. Pulmões, coração, abdome e membros inferiores não apresentavam alterações e os pulsos periféricos estavam cheios e simétricos. Uma ultra-sonografia renal foi normal. O diltiazem foi, então, suspenso e o paciente retornou três dias depois, com a PA 140 x 90 mmHg (deitado), 132 x 90 mmHg (sentado) e 130 x 90 mmHg (de pé). Três semanas depois (sem medicação), a PA foi 130 x 92 mmHg (deitado); 128 x 90 mmHg (sentado) e 130 x 90 mmHg (de pé). Neste dia, fez uma monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), resultando em PA-24h de 133 x 90 mmHg, PA-vigília 136 x 91 mmHg e PA-sono 122 x 82 mmHg.

Prosseguimos com a investigação complementar pertinente: hematócrito 49%; hemoglobina 16,1g/dl, leucócitos 6.000 (diferencial normal), plaquetas 244.000, VHS 2 mm; EAS - D: 1.024; pH 5; elementos anormais ausentes e sedimento urinário normal; uréia 24 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, sódio 140 mEq/l, potássio 4,3 mEq/l, cálcio 9,3 mg/dl, fosfato 3 mg/dl, glicemia 90 mg/dl, ácido úrico 5,3 mg/dl, colesterol total 210 mg/dl (HDL 66, LDL 126), triglicérides 91 mg/dl, TGO 14 UI/l, TGP 20 UI/l; fundoscopia: papila e mácula sem alterações, retina normal,

Correspondência:
ENNE – Clínica de Endocrinologia e Nefrologia de Brasília
SHLS 716 – Centro Clínico Sul – Torre II – Salas 421-423 – 70390-700 – Brasília, DF – E-mail: ipascoal@abordo.com.br

vasos sem alterações; ecodopplercardiograma normal (septo 8 mm; parede posterior 8 mm). Passou, então, a praticar exercícios aeróbicos regularmente (45 a 60 min/dia), fazer restrição dietética parcial de sal e continuou sem qualquer medicação anti-hipertensiva.

Dois meses depois, havia perdido 2,6 kg e se sentia bem e motivado. A PA era 132 x 88 mmHg (deitado), 124 x 88 mmHg (sentado) e 124 x 88 mmHg (de pé). Permaneceu sob a mesma orientação, com previsão de retornos semestrais.

Seis meses depois, havia seguido regularmente a orientação médica, manteve o peso (64,3 kg) e estava assintomático. A PA no consultório foi 130 x 90 mmHg (deitado), 132 x 88 mmHg (sentado) e 130 x 90 mmHg (de pé). Para confirmação e comparação, a MAPA foi repetida: PA-24h 135 x 90 mmHg, PA-vigília 139 x 93 mmHg, PA-sono 122 x 81 mmHg. Novos exames laboratoriais mostraram: hematócrito 50%, hemoglobina 16,8 g/dl, leucócitos 6.300 (diferencial normal), plaquetas 259.000, uréia 25 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl; sódio 142 mEq/l; potássio 4,3 mEq/l, glicemia 91 mg/dl; ácido úrico 6,6 mg/dl, colesterol total 211 mg/dl (HDL: 61; LDL: 126), triglicérides 119 mg/dl. A conduta foi mantida.

Quando retornou, após seis meses, a PA era 142 x 92 mmHg (deitado), 130 x 92 mmHg (sentado) e 136 x 92 mmHg (de pé), embora houvesse tornado os exercícios irregulares e ganhado 2,1 kg (66,4 kg). Insistimos nas medidas não-farmacológicas, sem medicação, e o intervalo das consultas passou a ser anual.

Na última visita, em agosto de 2000, apesar de ter aumentado ainda um pouco o peso (agora estava com 68 kg), vinha praticando exercícios regularmente e mantendo a restrição dietética de sal. A PA foi 130 x 88 mmHg (deitado), 128 x 88 mmHg (sentado) e 128 x 88 mmHg (de pé) e uma avaliação laboratorial sumária mostrou EAS- D: 1020, pH: 5; ausência de elementos anormais e com sedimento normal, creatinina sérica 0,6 mg/dl, ácido úrico 5,8 mg/dl, colesterol total 169 mg/dl (HDL 53, LDL 102) e triglicérides 68 mg/dl. Prossegue sem drogas.

Comentários

A maioria dos pacientes hipertensos apresenta apenas discreta elevação da pressão arterial. Por isso, o diagnóstico preciso de hipertensão arterial só deve ser feito se os níveis se mantiverem consistentemente aumentados em, pelo menos, três ocasiões distintas, idealmente no mesmo ambiente e com intervalo de semanas ou meses entre elas.

Se o diagnóstico de hipertensão for confirmado, antes de se adotar quaisquer medidas terapêuticas, deve-se prosseguir com uma avaliação complementar com o objetivo de identificar eventuais lesões em órgãos-alvo e/ou fatores de risco cardiovascular associados, bem como, revelar ou excluir alguma forma de hipertensão secundária potencialmente curável.

Esse paciente teve o diagnóstico de hipertensão arterial baseado em medidas realizadas em um curto espaço de tempo e sob condições (não habituais) de instabilidade emocional. Não foram observados comprometimento de órgãos-alvo, fatores de risco cardiovascular modificáveis ou indícios de hipertensão secundária. Não obstante, o paciente foi submetido a tratamento farmacológico continuamente, desde então e por um período de cinco anos, até ser tentativamente suspenso na primeira consulta em nosso Serviço.

Na maior parte das vezes, a hipertensão arterial leve pode ser facilmente controlada, freqüentemente com uma única droga anti-hipertensiva. Após alguns anos, e na ausência de lesões estabelecidas em órgãos-alvo, emerge quase sempre a pergunta sobre a possibilidade de o tratamento farmacológico ser diminuído ou mesmo suspenso, definitiva ou temporariamente.

Vários estudos têm demonstrado que até 50% desses pacientes permanecem normotensos, pelo menos um ou dois anos após a suspensão da medicação, e sem os efeitos colaterais atribuídos ao tratamento farmacológico. Isso é particularmente verdadeiro nos pacientes com hipertensão inicial leve, em uso de um única droga e que cumprem satisfatoriamente as medidas não-farmacológicas indicadas para o tratamento da hipertensão arterial, tais como redução do sal na dieta, restrição da ingesta de álcool e prática de exercícios aeróbicos regulares, com eventual perda de peso.

O mecanismo exato de manutenção da normotensão após a retirada da droga anti-hipertensiva ainda é pouco conhecido, embora várias hipóteses sejam aventadas. Entre elas, a sugestão de que o bom controle pressórico prévio, isto é, sob a influência da medicação, pode reverter a eventual hiperplasia arteriolar, que antes do tratamento estaria provocando aumento da resistência vascular periférica e ativação tônica do sistema renina-angiotensina e do sistema nervoso autônomo.

Por outro lado, muitos pacientes hipertensos, ao iniciarem o tratamento medicamentoso, também adotam novos hábitos de vida que podem, *per se*, reduzir a pressão arterial para níveis de normalidade. Essa possibilidade é ainda mais plausível em pacientes previamente obesos, sedentários ou que ingerem quantidade excessiva de sal e álcool, porque se torna potencialmente maior o efeito anti-hipertensivo da moderação ou abolição dessas influências reconhecidamente hipertensógenas.

Alternativamente, alguns pacientes que são inicialmente rotulados como hipertensos leves, na verdade, são normotensos, que apresentam elevação transitória da pressão arterial durante a consulta médica inicial, um fenômeno chamado de "hipertensão do jaleco branco", que ocorre em até 25% dos casos. Esta situação enfatiza a necessidade de se repetir sempre as medidas casuais da pressão arterial e de se realizar, eventualmente, a monitorização ambulatorial automática da pressão arterial.

A retirada de drogas anti-hipertensivas nestes casos, entretanto, deve ser planejada e implementada gradativamente, se betabloqueadores ou simpatolíticos estiverem sendo utilizados, devido à propensão para efeitos-rebote, que podem conduzir a pressão arterial para níveis criticamente elevados, com expressiva manifestação clínica, às vezes fatal.

Nosso paciente tem se mantido com a pressão arterial dentro dos limites da normalidade, dois anos após a suspensão da medicação anti-hipertensiva, que usara regularmente durante cinco anos. Essas medidas foram confirmadas pela MAPA em duas ocasiões, com o paciente cumprindo ativamente as orientações não-farmacológicas. A ausência de lesões em órgãos-alvo, que não se desenvolveram nos cinco anos de tratamento farmacológico, e, possivelmente, tampouco nos dois últimos anos livres de drogas, atesta a conveniência da suspensão do tratamento farmacológico neste caso. A utilização judiciosa do amplo arsenal de drogas anti-hipertensivas, atualmente disponível, constitui um real desafio para a prática clínica, porque tão relevante quanto escolher a droga necessária e adequada para determinado caso é não utilizá-la em muitos outros ou mesmo suspendê-la quando estiver sendo excessiva ou desnecessariamente utilizada. Muitas vezes, um passo atrás pode ser o melhor caminho para se seguir bem adiante.

Referências

1. Hartley RM, Velez R, Morris RW. Confirming the diagnosis of mild hypertension. Br Med J 286: 287, 1983.
2. Schmieder RE, Rockstroh JK, Messerli FH. Antihypertensive therapy: to stop or not to stop. JAMA 265: 1566, 1991
3. Freis ED, Thomas JT, Fisher SG. Effects of reduction in drugs or dosage after long-term control of systemic hypertension. Am J Cardiol 63: 702, 1989.
4. Medical Research Council Working Party on Mild Hypertension. Course of blood pressure in mild hypertensives after withdrawal of long-term antihypertensive treatment. Br Med J 293: 988, 1986.
5. Langford HG, Blaufox MD, Obermann A. Dietary therapy slows return of hypertension after stopping prolonged medication. JAMA 253: 657, 1985.

Agenda

OUTUBRO DE 2000

√ 25 A 27
1st Latino American Cardiostim
Salvador, BA

NOVEMBRO DE 2000

√ 12 A 15
American Heart
New Orleans, EUA

√ 16 A 18
V Congresso Brasileiro de História da Medicina
Santos, SP

JANEIRO DE 2001

√ 24 A 27
2nd International Forum on Angiotensin II Receptor Antagonist
Monte Carlo, Mônaco

FEVEREIRO DE 2001

√ 4 A 16
26th International Stroke Conference
Dallas, EUA

MARÇO DE 2001

√ 18 A 21
50th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology
Orlando, Flórida

√ 25 A 29
XV Congreso Interamericano de Hipertensión e XV Jornadas de la Sociedad Chilena de Hipertensión
Santiago, Chile

√ 27 A 31
10th International Symposium on Cardiovascular Pharmacotherapy
Kyoto, Japão

MAIO DE 2001

√ 13 A 16
3rd International Congress on Heart Disease – New Trends in Research, Diagnosis and Treatment
Washington, DC, EUA

√ 16 A 19
16th Scientific Meeting of the American Society of Hypertension
San Francisco, Califórnia, USA

√ 20 A 23
72nd EAS (European Atherosclerosis Society) Congress
Glasgow, Escócia, UK

√ 24 A 26
Congresso da SOCESP
Campos do Jordão, SP

√ 27 A 31
The 5th International Conference on Preventive Cardiology
"Practicing Prevention for the 21st Century"
Osaka, Japão

√ 27 A 31
The 3rd World Congress on Pediatric Cardiology and Cardiovascular Surgery (PCCS 2001)
Toronto, Ontário, Canadá

JUNHO DE 2001

√ 9 A 12
Heart Failure 2001
Barcelona, Espanha

√ 15 A 18
11th Congress of the European Society of Hypertension
Milão, Itália

√ 26 A 30
XXVIII International Congress on Electrocardiology
42nd International Symposium on Vectorcardiography
Guarujá, SP

AGOSTO DE 2001

√ 1 A 4
Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão
Campinas, SP

√ 19 A 23
The 7th World Congress for Microcirculation
Sidney, New South Wales, Austrália

SETEMBRO DE 2001

√ 30 DE SETEMBRO A 3 DE OUTUBRO
Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão
Goiânia, GO

NOVEMBRO DE 2001

√ 11 A 14
American Heart Association Meeting
Anahein, EUA

Atenção

Para anúncio nesta página, enviar informações,
até 120 dias antes da data do evento, para:
Revista Brasileira de Hipertensão
Av. Independência, 3.767
14026-160 – Ribeirão Preto, SP

Critérios Editoriais

A **Revista Brasileira de Hipertensão** (Rev Bras Hipertens), do Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia, publica artigos sobre temas relacionados à hipertensão, após análise por seu Conselho Editorial.

A Revista Brasileira de Hipertensão é uma publicação trimestral, catalogada na BIREME-LILACS.

Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado, em sua íntegra, nem de estar sendo analisado por outra revista. Os manuscritos devem ser inéditos, ter sido objeto de análise de todos os autores e passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos sem consentimento por escrito.

Os originais devem ser encaminhados a:

Revista Brasileira de Hipertensão
Av. Independência, 3767
CEP 14026-160 – Ribeirão Preto, SP

Só serão encaminhados ao Conselho Editorial os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas abaixo especificadas.

As normas que se seguem harmonizam-se com a 5ª edição do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, preparado pelo *International Committee of Medical Journal Editors – N Engl J Med* 1997; 336: 309-15. O respeito a essas normas é condição obrigatória para o que o trabalho seja considerado para análise. Os manuscritos deverão ser submetidos da seguinte forma:

1. Duas vias digitadas, com páginas numeradas em algarismos arábicos. A página de rosto é a número 1, a do resumo a 2, e assim por diante. Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows (inclusive as Tabelas), na fonte Arial, corpo 12, espaço duplo, respeitando a formatação de página A4 ou Letter, e gravados em disquete, que deverá ser encaminhado junto com a carta de apresentação e duas cópias impressas com as respectivas ilustrações (Figuras, Gráficos e Fotografias). O disquete deverá ser identificado com etiqueta, contendo nome do trabalho, nome do autor e nome do arquivo com, no máximo, 8 caracteres.
2. Redação em português ou inglês, de acordo com a ortografia vigente.
3. Carta anexa, constando: a) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor que ficará responsável pela correspondência; b) "Consentimento por escrito" no caso de pacientes submetidos a investigações experimentais; c) Categoria da seção à qual o manuscrito será incluído *(Caso Clínico, Comunicações Breves, Opinião Especial, Aspectos Históricos da Hipertensão)*; d) Declaração, assinada pelo autor, responsabilizando-se pelo trabalho, em seu nome e dos co-autores.
4. As contribuições espontaneamente encaminhadas à revista deverão enquadrar-se em uma das seguintes seções:
   4.1 *Caso Clínico:* apresentação de casos de interesse peculiar em hipertensão e comentários sucintos pertinentes, contendo, no máximo, dez laudas e até dez referências bibliográficas.
   4.2 *Comunicações Breves:* contribuições de caráter fundamentalmente prático, que tenham ou não originalidade, não ultrapassando seis laudas e dez referências bibliográficas, que deverão constar como leitura sugerida, sem, necessariamente, serem apontadas no corpo do texto.
   4.3 *Opinião Especial:* essa seção da revista tem por objetivo analisar aspectos relacionados à ciência médica, ou não, produzidos com o objetivo precípuo de ampliar a cultura específica de seus leitores. Deve ter, no máximo, dez laudas, podendo ser citadas leituras recomendadas para ampliar o tema em questão.
   4.4 *Aspectos Históricos da Hipertensão:* artigos abordando aspectos históricos relativos à hipertensão arterial, constituindo-se de revisões da literatura específica ou relacionados à vivência pessoal do autor. Não poderão ultrapassar dez laudas, incluindo figuras e leituras recomendadas.
5. Artigo Original: deve ser enviado conforme segue, somente quando solicitado pelo Editor Convidado, versando sobre tema afeito ao assunto da edição em questão, com as seguintes características:
   5.1 Página de rosto, contendo:
      5.1.1 Títulos em português e inglês, concisos e informativos.

5.1.2 Nomes completos dos autores.

5.1.3 Endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

5.1.4 Três *keywords* (palavras-chave), utilizando, se possível, termos constantes do *Medical Subject Heading* e listados no *Index Medicus*, assim como sua tradução para o português.

5.1.5 Nome da instituição onde foi elaborado.

5.2 Resumo, com limite de 250 palavras, obedecendo explicitamente ao conteúdo do texto. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas.

5.3 *Abstract*, versão em inglês do item 5.2, em página separada.

5.4 Referências, citadas quando de fato consultadas, em algarismos arábicos digitados em forma de sobrescrito, e numeradas por ordem de citação no texto, utilizando-se as abreviaturas recomendadas pelo *Uniform Requirements*. Citar todos os autores quando forem até seis ou apenas os seis primeiros seguidos de *et al*. se forem sete ou mais. Para citação das diferentes fontes de referência, consultar *Uniform Requirements (Vancouver Style)*, no seguinte endereço na Internet:

www.acponline.org/journals/annals/01jan97/unifrqr.htm

A citação de dados não publicados ou de comunicações pessoais não deve constituir referência numerada e ser apenas aludida no texto, entre parênteses.

5.5 Figuras (Gráficos, Ilustrações e Fotografias): as Legendas devem ser digitadas na ordem de entrada no texto, ser breves e claras, com descrição sucinta dos aspectos principais para a boa compreensão da figura pelo leitor. Os *prints* deverão ser numerados em seqüência à última página de referências. As figuras devem ser citadas no texto em algarismos arábicos, sendo conveniente limitá-las ao indispensável para melhor comunicação. Os originais das figuras devem ser enviados sob a forma de desenho com boa definição ou de fotografia (base = 9 x 12 cm), que permitam reprodução gráfica de boa qualidade. Desenhos e fotos devem ser colocados dentro de envelopes encorpados e identificados pelo título do trabalho, com o número da figura e o nome do primeiro autor escritos a lápis no verso de cada ilustração, indicando-se com uma seta sua parte superior. Enviar 3 cópias de cada original, utilizando um envelope para cada conjunto.

Não enviar diapositivos ou exames como originais. A publicação de figuras em cores é restrita a situações em que as cores são indispensáveis. A decisão e a seleção ficarão a critério do Editor.

5.6 Tabelas e Quadros: elaborados de forma auto-explicativa, devem ser digitados de forma simples, com os dados/colunas separados apenas pela tecla "TAB", e preferencialmente alocados, no transcorrer do texto, onde são citados. Sua numeração deverá ser feita em algarismos romanos, obedecendo à ordem de citação no texto. Devem ser acompanhados de seus respectivos enunciados.

O artigo aceito para publicação pode sofrer nova revisão editorial para maior concisão, clareza e compreensão, sem interferência no significado e conteúdo do texto. Os originais e disquetes somente serão devolvidos por solicitação antecipada do autor principal.

ERRATA

Na Revista Brasileira de Hipertensão, número 1, volume 7, janeiro/março de 2000, nas páginas 44 e 49, inadvertidamente, o nome da Dra. ***Gisele M. P. Mano*** *foi publicado de forma incorreta.*

Produção e impressão: Lemos Editorial & Gráficos Ltda. Rua Rui Barbosa, 70 – Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01326-010 – **Diretor-presidente:** Paulo Lemos **Diretor-superintendente:** José Vicente De Angelo **Vice-presidente de negócios:** Idelcio D. Patricio **Diretora comercial:** Exalta de Camargo Dias **Representante no Rio de Janeiro:** Roberto Amoêdo **Produção gráfica:** Altamir França **Produção editorial:** Sandra Regina Santana **Diagramação:** Edison José Corali **Finalização de capa:** Rogério L. Camara **Revisão:** Ana Elis N. de M. Andrade e Marta Pachiella – **Distribuída à classe médica por cortesia de Laboratórios Biosintética Ltda.** Rua Periquito, 236 – CEP 04514-050, São Paulo, SP.

Tiragem: 12.000 exemplares.