

Significado e conduta prática no paciente hipertenso com grande variabilidade pressórica

Dante Marcelo Artigas Giorgi

Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

A pressão arterial é variável a cada batimento cardíaco. A magnitude dessa variação depende de diversos fatores, entre os quais podemos incluir: atividade do sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático), sensibilidade do barorreflexo, volemia, fatores locais de controle da resistência arteriolar e atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, entre outros.

A síndrome clássica de hipertensão de grande labilidade, cefaléia, sudorese, palpitações, palidez e labilidade emocional está associada com feocromocitoma. Entretanto, alguns pacientes podem apresentar grande variabilidade da pressão arterial na ausência de feocromocitoma, associada ou não a outros sintomas e sinais clínicos. Nessas situações, os sintomas mais freqüentemente associados a elevações paroxísticas da pressão arterial são cefaléia e palpitações. A maioria desses pacientes pode apresentar alterações comprometimento do barorreflexo.

O barorreflexo é responsável pelo tamponamento de grandes alterações da pressão arterial. Os receptores dos seios carotídeos enviam informações sobre o estado de distensão da parede arterial para o sistema nervoso central pelos nervos glossofaríngeos. Outros pressorreceptores localizados no arco aórtico transmitem as mesmas informações para o sistema nervoso central pelo nervo vago. A estrutura do sistema

nervoso central que integra essas informações é o núcleo do trato solitário. Alterações dos receptores carotídeos e aórticos, dos nervos glossofaríngeo e vago ou do núcleo do trato solitário podem levar à disfunção do barorreflexo. Pacientes com essas disfunções apresentam grande labilidade da pressão arterial com períodos de hipertensão acentuada e praticamente sem episódios de hipotensão. Alguns autores sugerem a possibilidade de que a falência do barorreflexo possa ser a causa da hipertensão lábil de alguns pacientes com hipertensão essencial “hiper-adrenérgica” que apresente aumento das concentrações plasmáticas da norepinefrina.

As causas para a falência do barorreflexo em humanos podem ser classificadas em periféricas e centrais. Das causas periféricas deve-se destacar a cirurgia carotídea bilateral (endarterectomia, esvaziamentos cervicais por tumores, etc.) e das centrais destacam-se os acidentes vasculares de tronco cerebral, com acometimento do núcleo do trato solitário. A elevação da pressão arterial nesses casos está relacionada a aumento da atividade do sistema nervoso simpático não contrabalaneada pela ativação do barorreflexo, com aumento dos níveis séricos de catecolaminas durante as crises. Esses pacientes mostram um grande benefício no controle da pressão arterial com o uso da clonidina. A ação da clonidina no

sistema nervoso central e centro vasomotor promove a diminuição da liberação de epinefrina e norepinefrina, evitando o aparecimento das crises de hipertensão. Os inibidores dos receptores imidazolinícos podem ser úteis na prevenção das crises, principalmente para os pacientes que não tolerem a clonidina.

Por outro lado, nas disautonomias há hipotensão ortostática acentuada. As hipotensões ortostáticas nesses casos são devidas à falência do sistema nervoso simpático. A principal causa de insuficiência autonômica é o diabetes melito. O tratamento da hipotensão arterial pode incluir o aumento da ingestão de sódio e água, o uso de fludrocortisona, meias elásticas e, mais recentemente, o uso de midodrine em casos refratários.

Em resumo, os pacientes com grande variabilidade pressórica podem, a grosso modo, serem divididos em dois grupos: pacientes com falência do barorreflexo e pacientes com falência do sistema nervoso simpático. Os do primeiro grupo costumam apresentar hiperatividade adrenérgica, com crises de hipertensão arterial, enquanto os com disautonomia apresentam diminuição da atividade simpática, com hipotensão postural. O tratamento para os pacientes com falência do barorreflexo baseia-se no uso de clonidina ou de inibidores dos receptores imidazolinícos. Por outro lado, para os disautônômicos deve-se usar a expansão de volume associada ou não ao uso de fludrocortisona.

Referências

1. Robertson D, Hollister AS, Biaggioni I, Netterville JL, Mosqueda-Garcia R, Robertson RM. The diagnosis and treatment of baroreflex failure. *N Engl J Med* 1993; 329: 1449-55.
2. Lopes HF, Consolim-Colombo FM, Hachul D, Carvalho ME, Pileggi F, Silva HB. Hormonal and cardiovascular reflex assessment in a female patient with pure autonomic failure. *Arq Bras Cardiol* 2000; 75(3): 235-42.