

HIPERTENSÃO ARTERIAL PRIMÁRIA E REDUÇÃO PONDERAL

ESSENCIAL HYPERTENSION AND WEIGHT LOSS

Sayuri Inuzuka¹, Rogério de Oliveira Orlow¹, Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim¹, Thiago de Souza Veiga Jardim¹

RESUMO

Trata-se de um relato de caso de um paciente de 41 anos, hipertenso, diabético, com queixa de cansaço aos esforços devido a ganho ponderal. Encontrava-se com pressão arterial controlada com três classes de anti-hipertensivos. Apesar de acompanhamento nutricional e exercícios físicos o paciente apresentava IMC de 49,8kg/m². O paciente foi encaminhado para realização de by-pass gástrico com perda ponderal de 35kg nos primeiros 30 dias. Houve controle da pressão arterial sem necessidade de medicamentos anti-hipertensivos. Destaca-se a necessidade de abordagem invasiva em casos individualizados para redução de comorbidades.

Descritores: Hipertensão; Anti-Hipertensivos; Obesidade.

ABSTRACT

We report a case of a 41 years-old patient, with hypertension and diabetes, complaining of exertion fatigue due to weight gain. His blood pressure was controlled with three classes of antihypertensive drugs. Despite nutritional monitoring and physical exercises, the patient had a BMI of 49,8kg/m². The patient was referred for gastric by-pass and lost 35kg in the first 30 days. The blood pressure was controlled without the need for antihypertensive drugs. Emphasis is given to the need for an invasive approach in individualized cases to reduce comorbidities.

Keywords: Hypertension; Antihypertensive Agents; Obesidade.

RELATO DO CASO

FCV, 41 anos, sexo masculino, solteiro, pardo, natural e procedente de Caldas Novas (GO).

Queixa Principal

Cansaço aos esforços moderados. Paciente com cansaço atribuído ao ganho de peso.

História

Paciente com queixa de cansaço aos esforços moderados em acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica primária (HAS) na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (LHA) há 1 ano, não foram encontradas causas para HAS secundária na época do diagnóstico de HAS há 14 anos. Além da HAS, paciente com diabetes *melitus* tipo 2 e dislipidemia. Ao longo dos anos paciente foi tendo ganho ponderal, mesmo com acompanhamento e orientação nutricional e caminhada 60 minutos 3 vezes por semana. Paciente em Janeiro de 2018 com 158 quilos, apresentando IMC de 49,8mg/m².

Interrogatório sobre os diversos aparelhos: Ausência de precordialgia, palpitações, dispneia e edema de extremidades. Negava febre, tosse, disúria. Sem queixas de alterações visuais ou auditivas.

Medicações em uso regular

Em uso regular de medicamentos: anlodipino 5mg 1 vez ao dia, olmesartana 40mg 1 vez ao dia, hidroclorotiazida 25mg 1 vez ao dia e atorvastatina 20mg 1 vez ao dia.

Antecedentes pessoais: Negava infecções prévias ou recentes. Negava tabagismo. Etilismo ocasional de fermentados. Artroplastia prévia de joelho direito.

Exame Físico

Bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, acianótico, lúcido e orientado. Peso = 158kg, Altura = 1,78m, índice de massa corporal (IMC) = 49,8Kg/m².

Aparelho Cardiovascular

Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em dois tempos. Pressão arterial (PA) membro superior direito 123x82mmHg e em membro superior esquerdo 121x79mmHg. Frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto.

Aparelho respiratório

Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

1. Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás, GO, Brasil.

Correspondência:

Abdome

Semi-globoso, flácido, indolor à palpação, sem visceromegalias palpáveis e sem sopro audível.

Cabeça e pescoço

Ausência de estase jugular.

Extremidades

Perfusão adequada. Ausência de edemas. Pulsos palpáveis, amplos, simétricos e normopulsantes.

RESULTADOS DE EXAMES

Laboratoriais

Hemoglobina: 15,2g/dL, hematócrito: 45,7%, leucócitos: 8.040ul, plaquetas: 328.000, triglicérides: 134mg/dL, colesterol total: 152,0g/DL, HDL colesterol: 34,0 mg/dL, LDL colesterol: 91,2mg/dL, TSH: 0,92mUI/L, TGP: 50UI/L, creatinina: 1,0mg/dL, uréia: 26mg/dL, microalbuminúria: 16mg/24horas, ácido úrico: 8,0mg/dL, sódio: 140mEq/L, potássio: 2,9mEq/L, glicemia de jejum: 208,0 mg/dL, hemoglobina glicosilada: 6,8%.

Eletrocardiograma

Ritmo sinusal, eixo complexo QRS normal, frequência cardíaca 98 batimentos por minuto, alteração difusa inespecífica da repolarização ventricular.

Teste Ergométrico

PA inicial: 160x100mmHg, PA final: 240x100mmHg. Variação da PAS: 7,4mmHg/MET, MET's: 10,78. Atingiu 85% da frequência cardíaca máxima prevista para a idade. Tolerância ao esforço boa. Ausência de critérios para isquemia.

EVOLUÇÃO

Paciente foi encaminhado para o serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, sendo submetido a by-pass gástrico por videolaparoscopia. Houve perda ponderal de 10 quilos na primeira semana e 35 quilos em 30 dias. Avaliação após 30 dias da cirurgia, o próprio paciente suspendeu os medicamentos anti-hipertensivos. Apresentando durante a consulta duas medidas de PA: 129x90mmHg; PA: 130x90mmHg em ambos os membros superiores.

REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, et al. 7a. Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3).
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO library, 1999. Acesso em: 20 de novembro de 2018. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
3. DeMarco VG., Aroor AR, Sowers JR. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. Nat Rev Endocrinol. 2014; 10(6): 364-76.
4. DiBonaventura M, Nicolucci A, Meincke H, Le Lay A, Fournier J. Obesity in Germany and Italy: prevalence, comorbidities, and associations with patient outcomes. ClinicoEconomics and Outcomes. Clinicoecon Outcomes Res. 2018. 10: 457-75.
5. Vaněčková I, Maletínská L, Behuliak M, Nagelová V, Zicha J, Kuneš J. Obesity-related hypertension: Possible pathophysiological mechanisms. J Endocrinol. 2014 Dec;223(3):R63-78.
6. Rolim F, Cruz FS, Campos JM, Ferraz AAB. Long-term repercussions on Roux-en-Y gastric bypass in a low-income population assessment ten years after surgery. Rev Col Bras Cir. 2018;45(4):e1916.
7. Ogunsina K, Dibaba DT, Akinyemiju T. Association between life-course socio-economic status and prevalence of cardio-metabolic risk factors in five middle-income countries. J Glob Health. 2018 Dec; 8(2): 020405.
8. Gotthelf L, Chen YT, Rajagopalan S, Wu ECT, Doshi I, Addy C. High intensity lifestyle intervention and long-term impact on weight and clinical outcomes. PLoS ONE. 2018; 13(4): p. e0195794.
9. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO library, 2013. Acesso em 20 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
10. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L., Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad Saúde Pública. 2017;33(7): e00006016.

MAPA 35 dias após cirurgia

Comportamento normal da pressão arterial. Valores médios: Período total: 118/74mmHg; Vigília: 123/81mmHg; Sono: 107/59mmHg; Descenso noturno: 13%/27%

DISCUSSÃO

No Brasil, houve um aumento da prevalência da obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) de 11,9% para 17,9% segundo dados do VIGITEL.¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência da obesidade está aumentando mundialmente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento em taxas alarmantes.² O excesso de peso e obesidade são fatores de risco para HAS.¹ A obesidade aumenta o risco de resistência ao tratamento da HAS, em que vários medicamentos são necessários, tendo a necessidade até mesmo da denervação simpática renal.³ Além de ser fator de risco, a obesidade afeta o cotidiano dos indivíduos, cerca de 50% ou mais dos indivíduos obesos apresentam dificuldades nas atividades diárias.⁴

Existe uma correlação entre IMC e níveis pressóricos quase que linear em diferentes populações. A normalização da PA na HAS relacionada à obesidade é difícil.⁵ Redução de peso e de circunferência abdominal tem associação com melhora metabólica e redução da pressão arterial, sendo que 5% de perda ponderal pode corresponder a 20-30% de diminuição da PA.¹

O paciente em questão encontrava-se com a PA controlada, mas em uso de três classes de anti-hipertensivos e com risco global de 13,2%, apresentando fatores agravantes (sexo masculino, diabetes e obesidade). O sintoma de cansaço, a dificuldade na perda ponderal mesmo com acompanhamento multidisciplinar e o alto risco cardiovascular foram considerados para o encaminhamento do paciente para a gastroplastia. Houve uma redução de peso considerável e o controle pressórico corresponde ao encontrado na literatura.⁶

A redução de fatores de risco cardiometabólicos pode reduzir a morbimortalidade global.⁷ A redução de peso e consequentemente o controle de comorbidades podem reduzir os gastos com saúde a longo prazo.⁸ A OMS tem um plano de ação global que visa a redução da inatividade física, ingestão de sódio, tabagismo, hipertensão, diabetes e obesidade.⁹ Têm sido publicadas portarias que promovem ações de cuidados e estabelecimento de critérios para a assistência de alta complexidade para pacientes com sobrepeso e obesos, incluindo tratamento cirúrgico.¹⁰