

doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.95i1p37-38>

CARTA AO EDITOR

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

**Raif R. Simão¹, Marcus V. R. de Agrela¹, Julliana S. Frassei¹,
Thiago Midlej-Brito¹, Pedro A. Lemos¹, Luiz A. Bortolotto¹**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, subdiagnosticada e subtratada no Brasil¹, que afeta quase um terço da população brasileira² e é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

O tratamento da HAS requer, como bem se sabe, uma abordagem de cunho multiprofissional e contempla a associação de mudanças de hábitos de vida e terapêutica medicamentosa. Entretanto, alguns pacientes são refratários a esta abordagem e evoluem sem controle adequado da pressão arterial (PA), podendo, então, ser parte de um grupo que possui hipertensão arterial resistente (HAR).

A HAR é definida por (1) persistência da PA acima de 140/90mmHg, apesar do uso de três medicamentos anti-hipertensivos, que atuem sinergicamente e sejam utilizados em dose máxima, sendo um deles diurético; ou por (2) PA controlada, porém em uso de quatro ou mais anti-hipertensivos. Estima-se que 15% dos indivíduos hipertensos preencham critérios para HAR; nessa condição, apresentam morbimortalidade cardiovascular ainda maior³.

Nesse contexto, a Denervação Simpática Renal (DSR) emerge como uma nova opção de tratamento clínico para os casos de HAR. A DSR tem como intuito primordial reduzir a ação dos nervos simpáticos renais, ao realizar a ablação de tais nervos por radiofrequência (RF). Esse procedimento tem como base fisiológica a influência da aferência e eferência simpáticas na fisiopatologia da HAS⁴. Os nervos eferentes modulam a resistência vascular renal e, quando ativados, aumentam tanto a retenção de sódio e

água quanto a liberação de renina, levando, desse modo, à elevação dos níveis pressóricos. Os nervos aferentes, por sua vez, aumentam a atividade simpática adrenal.

Na literatura, existe uma controvérsia a respeito do tema, não havendo um consenso claramente definido no que tange à eficácia da DSR para o tratamento da HAR^{5,6}. Assim, escrevemos um relato objetivando mostrar o resultado de uma DSR realizada no Instituto do Coração (InCor) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em uma paciente jovem com HAR e buscamos, dessa forma, avaliar a eficácia do procedimento neste caso.

A paciente é do sexo feminino e tinha, na época da admissão no InCor, 43 anos. Apresentava quadro de HAS diagnosticado desde 2007, com crises hipertensivas recorrentes, tendo palpitações, sudorese e cefaleia de alta intensidade. Descartada a hipótese de HAS secundária e estando a paciente sem controle dos níveis pressóricos mesmo em uso de oito drogas anti-hipertensivas, foi sugerida a realização de DSR percutânea por RF.

Por meio de um acesso na artéria femoral, foi realizada uma série de ablações em cada artéria renal, com o intuito de abolir a inervação simpática. Não houve quaisquer intercorrências durante o procedimento.

Dezoito meses após a DSR, a paciente encontrava-se em bom estado geral, com níveis pressóricos adequados, em uso de somente dois anti-hipertensivos.

Portanto, neste caso, a DSR mostrou ser eficaz para o controle da PA, melhorando em demasia a qualidade de

Carta referente ao trabalho "Controle da pressão arterial após denervação simpática renal percutânea em paciente com hipertensão arterial resistente" premiado no 34º COMU - Congresso Médico Universitário da FMUSP, SP, 2015.

¹ Unidade de Hipertensão, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Luiz Aparecido Bortolotto. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44, bloco 2, 2º andar, sala 8. São Paulo, SP. CEP 05403-000. E-mail: hipbortolotto@gmail.com

vida da paciente. Isso torna lícita a proposição de que a DSR é benéfica, se aplicada em pacientes com HAR que tenham sido bem selecionados, nos quais todas as causas

secundárias de HAS tenham sido descartadas, e que sejam muito refratários à terapia anti-hipertensiva convencional, como demonstrado no presente relato.

REFERÊNCIAS

1. Rosário, TMD, Scala, LCN, França, GVAD, Pereira, MRG, Jardim, PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. *Arq Bras Cardiol.* 2012;93(6):672-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200018>.
2. de Souza WS, Alessi A, Cordeiro A, da Rocha Nogueira A, Feitosa A, Amodéo C, et al. First Brazilian position on resistant hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(1):576-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012001000002>.
3. Pimenta E, Calhoun DA. Resistant hypertension: incidence, prevalence, and prognosis. *Circulation.* 2012;125(13):1594-6. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.097345.
4. Katholi RE. Renal nerves in the pathogenesis of hypertension in experimental animals and humans. *Am J Physiol.* 1983;245(1):F1-F14.
5. Symplicity HTN-2 Investigators. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;376(9756):1903-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62039-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62039-9).
6. Symplicity HTN-3 Investigators. A controlled trial of renal denervation for resistant hypertension. *N Engl J Med.* 2014;370:1393-401. doi: 10.1056/NEJMoa1402670.