

Coordenador: Fausto Miranda Jr.

Paciente com hipertensão arterial renovascular que evoluiu com anúria

A case of anuria developed in a patient with renovascular hypertension

Telmo P. Bonamigo¹, Nilon Erling Jr.², Márcio Luis Lucas², João C. Goldani³

Parte I – Caso clínico

Paciente feminina de 68 anos, com diagnóstico de diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica, identificada há 2 anos, é admitida no serviço de nefrologia, após ter sido atendida em outro hospital com quadro de edema agudo de pulmão.

A paciente estava ansiosa, dispnéica e com diminuição progressiva do volume urinário. Nos dias anteriores, vinha recebendo atenolol 200 mg/dia, hidralazina 100 mg/dia, metildopa 1,5 g/dia e furosemida 80 mg/dia.

O exame físico evidenciava uma paciente obesa em estado geral regular. Havia congestão pulmonar com estertores nas duas bases e edema até a coxa, nos membros inferiores, que eram bem perfundidos.

Os exames prévios evidenciavam rim esquerdo com tamanho diminuído pela ecografia (E:8,2 e D:9,4), com exclusão funcional do rim esquerdo na cintilografia renal. O eco-Doppler colorido de arté-

rias renais mostrava estenose crítica da artéria renal direita e oclusão à esquerda.

Exames laboratoriais na internação hospitalar foram hemoglobina 10 g/dl, uréia 167 mg/dl, creatinina de 4,3 mg/dl, sódio de 128 mEq/l, potássio 4,1 mEq/l e glicose de 224 mg/dl.

A paciente apresentou boa evolução do quadro agudo após medidas clínicas, mas o nível de creatinina permaneceu acima de 4 mg/dl, com depuração da creatinina endógena (DCE) de 15,8 ml/min. A fundoscopia mostrou retinopatia hipertensiva e a ecocardiografia evidenciou hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, com fração de ejeção de 71% e insuficiência mitral moderada.

Nesta internação, foi submetida a arteriografia, pois havia intenção de indicar-se procedimento endovascular. O exame mostrou oclusão da artéria renal esquerda e estenose crítica da artéria renal direita, além de pobre impregnação de contraste no parênquima renal. O radiologista consultado considerou não haver benefício em realizar angioplastia das lesões descritas.

Após a realização de fistula arteriovenosa em membro superior esquerdo, na expectativa de eventual tratamento hemodialítico futuro, a paciente recebeu alta hospitalar com quadro de insuficiência renal compensada. Foram prescritos atenolol 200 mg/dia, furosemida 80 mg/dia, nifedipina 60 mg/dia e clonidina 0,450 mg/dia.

1. Professor adjunto de Cirurgia Vascular, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), Porto Alegre. Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, RS.

2. Residente de Cirurgia Vascular, FFFCMPA, Porto Alegre, RS.

3. Professor adjunto de Nefrologia, FFFCMPA, Porto Alegre, RS.

Três meses após a alta hospitalar, a paciente voltou à emergência com novo quadro clínico de edema agudo de pulmão. Os níveis pressóricos na internação eram de 200 x 100 mmHg. Apresentava-se anúrica, com exames mostrando creatinina de 4,9 mg/dl e uréia de 172 mg/dl. Após 5 dias sem reposta ao tratamento conservador, foi iniciado tratamento hemodialítico, três vezes por semana. Foi realizada nova arteriografia, que evidenciou oclusão bilateral das artérias renais. À direita, foi identificada uma artéria polar a 3 cm abaixo da artéria renal direita (Figura 1).



Figura 1 - Arteriografia da aorta abdominal demonstrando oclusão da artéria renal bilateral, com presença de provável artéria polar inferior à direita.

Nesse momento, foi solicitado que um cirurgião vascular fizesse uma avaliação sobre a possibilidade de revascularização renal.

Pergunta-se:

- O que você teria feito na primeira internação?
- Se a indicação de um procedimento endovascular foi feita na primeira internação, teria sido interessante a consulta a um cirurgião vascular, para que fossem conhecidas as duas possibilidades de tratamento?

- Qual seria a técnica cirúrgica que poderia ter dado melhor resultado a médio e longo prazos para esta paciente?
- Qual o embasamento na literatura para respaldar sua proposta terapêutica?
- Qual o percentual de complicações associadas a cada um dos procedimentos?

Como esta paciente recebeu somente tratamento clínico da hipertensão renovascular, tendo evoluído para trombose da artéria renal direita, quadro de anúria e conseqüente hemodiálise, pergunta-se:

- Qual seria sua proposta terapêutica, neste momento?
- Seria interessante manter a paciente em hemodiálise, por considerá-la sem condições de retorno da função renal?
- Você buscaria uma segunda opinião de um cirurgião endovascular, para tentativa de recanalizar artéria renal direita recentemente ocluída? Se positiva esta indicação, conhece relatos da literatura a esse respeito? Com que resultados e com que seguimento clínico?

Buscaria a opinião de um cirurgião vascular experiente para realizar uma restauração vascular convencional absolutamente necessária?

Correspondência:

Telmo P. Bonamigo
Rua Coronel Bordini, 675/303
CEP 90440-001 - Porto Alegre, RS
Tel./Fax: (51) 3333.1642
E-mail: telmobonamigo@terra.com.br

Veja a continuação desta seção com a resposta do desafio terapêutico na página 293.