

Coordenador: Fausto Miranda Jr.

Paciente com hipertensão renovascular refratária ao tratamento clínico com crise hipertensiva e edema agudo de pulmão

Patient with renovascular hypertension refractory to clinical treatment with hypertensive crisis and acute pulmonary edema

Telmo P. Bonamigo*

Parte II - O que foi feito

Na época em que a paciente foi tratada (1994), já havia uma razoável experiência em nosso meio com procedimentos endovasculares. Mas, como neste caso partimos do princípio de que só a técnica cirúrgica que oferecesse a maior chance de sucesso de restauração da perfusão renal, a médio e longo prazo, seria indicada, partimos para a execução da cirurgia que será descrita abaixo, depois de discutir as alternativas inicialmente sugeridas.

Neste caso, o resultado cirúrgico estaria relacionado à experiência do cirurgião na execução do procedimento.

Com relação às técnicas propostas ou lembradas, essas teriam as suas limitações que abaixo relacionamos:

1. A endarterectomia isolada da artéria renal seria um procedimento inadequado, bem como a endarterectomia da aorta associada à endarterectomia da artéria renal, pela dificuldade de se conseguir fixar a placa infra-renal, pela extensão da doença.

2. A derivação aorto-femoral com derivação aorto-renal seria um procedimento de risco desproporcional à condição clínica da paciente.
3. A derivação espleno-renal poderia ser considerada se tivéssemos uma prova de que o tronco celiaco fosse normal e a artéria esplênica fosse adequada, o que não acontecia neste caso.

Realizamos a derivação que nos pareceu mais adequada, com menor tempo de clampeamento aórtico em área com parede aórtica mais favorável. Optamos pelo implante proximal do enxerto, reto, de 8 mm, na face anterior da aorta torácica, isolada através do hiato aórtico do diafragma. O tempo de clampeamento da aorta foi de 14 minutos. A anastomose distal foi feita com a passagem do enxerto por via retro-gástrica e retro-pancreática, na face superior da artéria renal E, tendo o rim recebido previamente a administração de solução salina gelada. A evolução pós-operatória imediata foi excelente, no que concerne à operação intra-

* Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular da Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre. Prof. Adjunto de Cirurgia Vascular - FFFCMPA.

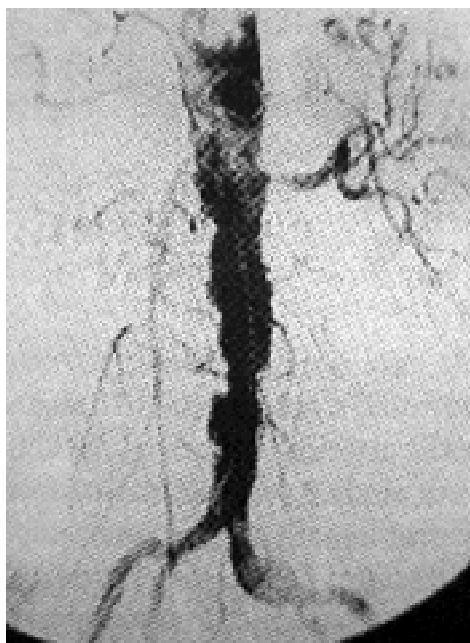


Figura 1

abdominal, mas, no quarto dia, a paciente apresentou quadro de isquemia significativa no membro inferior E, com desaparecimento do pulso femoral. Com diagnóstico clínico de trombose iliaco-femoral, optamos por uma derivação axilo-femoral E, após trombectomia femoral comum e profunda E. A paciente teve alta no 14º dia pós-operatório, com bom seguimento clínico a partir daí.

Evolução pós-operatória

A paciente encontra-se fazendo suas atividades habituais. A creatinina sérica encontra-se elevada, variando de 2,2 mg/dl a 3,8 mg/dl (Figura 2).

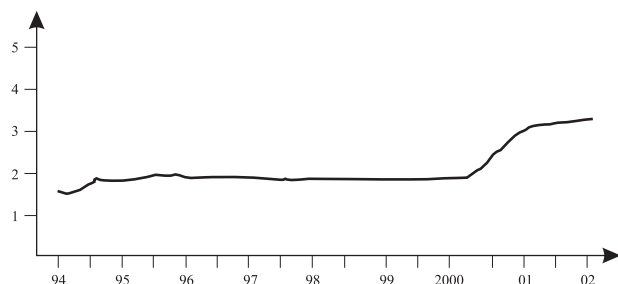


Figura 2

Atualmente, está se fazendo uso de Renitec 20 mg/dia, Atensina 0,325 mg/dia e AAS 200mg/dia, com controle satisfatório da pressão arterial, como pode ser demonstrado pela medida ambulatorial da pressão arterial na Tabela 1.

Tabela 1 - Medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA)

Data	Vigília	Sono	Média (24h)
13.03.2002	107 (S)	118 (S)	112 (S)
	61 (D)	62 (D)	61 (D)
24.09.2002	152 (S)	148 (S)	151 (S)
	73 (D)	58 (D)	69 (D)

* (S) sistólica; (D) diastólica.

No ano de 2002, foi submetida a angioressonância magnética com gadolínio, (Figura 3) para verificar as condições do enxerto em sua porção distal. Constatou-se a permeabilidade do enxerto aorta torácica - renal E, com aparente pequeno grau de estenose na porção distal. O enxerto axilo-femoral E mostrou-se permeável na parede torácica e abdominal. Como houve piora da função renal nos últimos três meses, teríamos um novo desafio.



Figura 3

Este caso clínico constituiu-se em um grande desafio, pois tratava-se de um quadro de cardiopatia hipertensiva, de origem renovascular, refratária ao tratamento convencional em paciente com rim único.

No primeiro momento, a paciente foi considerada inoperável pelo clínico, que superestimou o risco cirúrgico e subestimou a possibilidade de restauração vascular renal com benefício para a paciente, que graças à cirurgia teve uma sobrevida de mais de oito anos, com bom padrão de qualidade.

Esse fato mostra a importância de cada caso clínico, em especial, aqueles que fogem da rotina, merecer uma discussão ampla com a participação de mais de um especialista que tenha experiência específica, pois a tomada de decisão equivocada pode determinar um mau prognóstico para o paciente.

Sugestões bibliográficas:

1. McCready RA, Daugherty ME, Nighbert EJ, Hyde GL, Freedman AM, Ernsr CB. Renal revascularization in patients with single functioning ischemic kidney. *J V Surg* 1987;6:185-90.
2. Mesina LM, Zelenock GB, Yao KA, Stanley JC. Renal revascularization for recurrent pulmonary edema in patients with poorly controlled hypertension and renal insufficiency: a distinct subgroup of patients with arteriosclerotic renal artery occlusive disease. *J V Surg* 1992,15:73-82.

O Jornal Vascular Brasileiro convida seus leitores a participar desta seção.
Envie seu comentário sobre a conduta terapêutica aqui apresentada para o endereço
jvascbr@terra.com.br