

Hipertensão renovascular por fibrodisplasia

Renovascular hypertension caused by fibrous dysplasia

Inicialmente congratulo o colega Fábio Mesquita de Souza e seus colaboradores pelo caso relatado no número anterior desta revista, referente à hipertensão renovascular por fibrodisplasia¹.

Dentre os métodos diagnósticos discutidos, gostaria de reforçar alguns pontos sobre a arteriografia com subtração digital (DSA). Padrão-ouro permite, ainda, a aferição da pressão arterial antes e após a estenose (gradiente pressórico), traduzindo a importância hemodinâmica da lesão². A creatinina sérica maior que 3 mg/dl constitui uma contra-indicação à utilização de contraste iodado, seja na arteriografia ou no tratamento percutâneo, pela possibilidade de agravar a nefropatia. Porém, há dois outros meios de contraste, que não possuem qualquer nefrotoxicidade e que podem e são perfeitamente utilizados nesses procedimentos: o gadolínio e o dióxido de carbono. Enfim, o nível sérico de creatinina não constitui um impedimento ao procedimento, mas pode requerer uma “adequação”³. Assim como os outros exames radiológicos, a DSA evoluiu muito na última década, possibilitando a aquisição de imagens rotacionais e a reconstrução em três dimensões (Figura 1), a qual fornece mensurações precisas, ajudando significativamente na escolha dos dispositivos (balões, *stents*, etc.).

Atualmente, com todo o avanço tecnológico na prática médica, muitos exames perderam sua posição de destaque, principalmente os invasivos. Porém, alguns devem ser sempre lembrados e discutidos,

pois podem ser decisivos em determinadas situações. Refiro-me à dosagem de renina nas veias renais, método que saiu da prática diária⁴, mas continua sendo uma opção diante de situações específicas. A comparação da secreção de renina entre os rins, conforme a conhecida fisiopatologia, permite considerar o teste como positivo quando há uma diferença de mais de 50%, sugerindo a origem renovascular e o bom resultado com a revascularização². A coleta pode, ainda, ser feita nas veias polares, superior ou inferior, possibilitando a documentação do acometimento arterial segmentar².

Como exemplo, um paciente de 27 anos me foi encaminhado para investigação de uma hipertensão de provável origem renovascular. Ele já havia realizado uma cintilografia e um Doppler, que sugeriam alteração à esquerda, sendo encaminhado para um procedimento endovascular combinado: confirmação diagnóstica e abordagem terapêutica. Para surpresa dos colegas, a DSA realizada, de boa qualidade, nada identificou. Diante dessa situação, o paciente me foi encaminhado. Com os exames em mãos, discuti o caso com vários colegas e, diante da forte suspeita, optamos pela dosagem de renina nas veias renais, que mostrou um nível bastante aumentado do lado esquerdo (2x). Caso fosse normal, encerraríamos a investigação e taxaríamos o Doppler e a cintilografia como “errados”, afinal, quem é o padrão-ouro? Insistimos em uma nova arteriografia, com atenção especial ao rim esquerdo, variadas incidências, permitindo a visualização de uma estenose curta, numa artéria segmentar do pólo inferior. Realizada angioplastia no mesmo procedimento, o paciente obteve um controle satisfatório da pressão arterial (Figura 2).

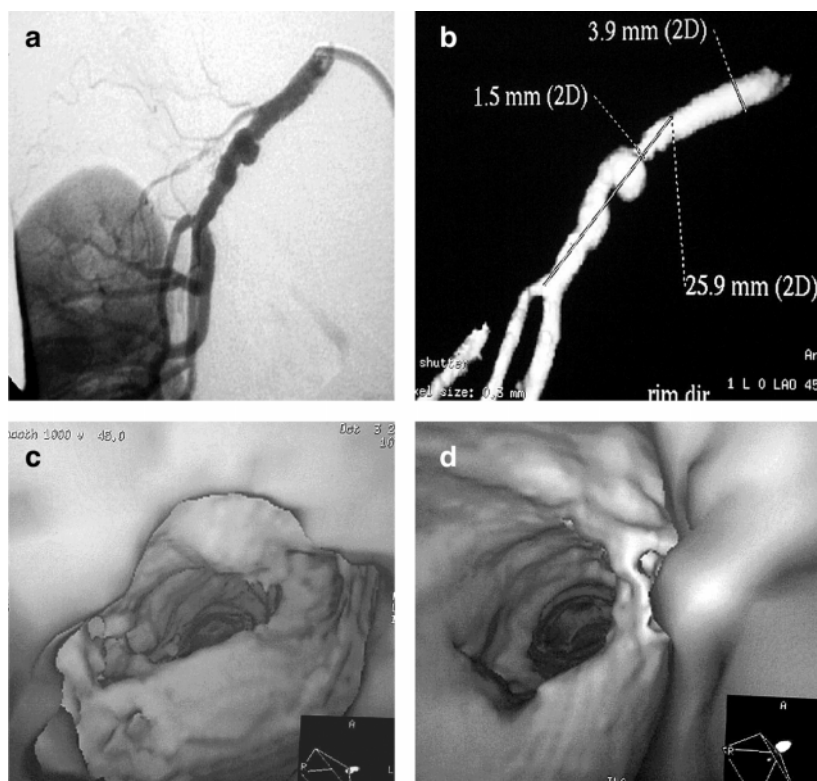


Figura 1 - Arteriografia com subtração digital com o típico aspecto da displasia fibromuscular medial (a). A reconstrução em três dimensões (b) possibilita a mensuração precisa das medidas, permitindo uma melhor estimativa da estenose, bem como a escolha adequada do material a ser utilizado. Essa reconstrução permite, ainda, a navegação endovascular, antes (c) e após (d) o tratamento.

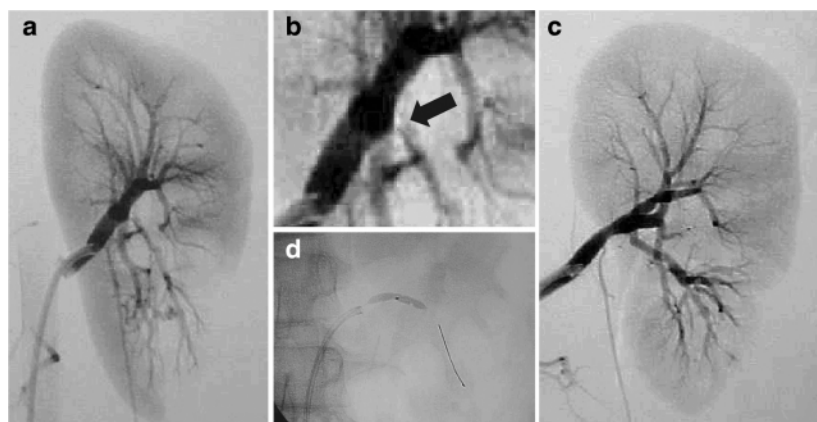


Figura 2 - Arteriografia seletiva da artéria renal esquerda em oblíqua anterior direita (a). Nota-se uma falha no nefrograma precoce pólo inferior, lateralmente, e a curta e discreta estenose; (b) apresenta a mesma imagem ampliada. Realizada angioplastia simples (c), com restituição do calibre da artéria. Controle final (d), incidência frontal, com homogeneidade do nefrograma precoce.

Para finalizar, uma vez indicado o tratamento, a angioplastia simples é a primeira opção para displasia fibromuscular renal atualmente, sendo mais barata e menos invasiva que a cirurgia⁵⁻⁷. A cirurgia também apresenta excelentes resultados, mas fica reservada para falhas ou impossibilidades do tratamento endovascular⁷.

Isto é a ciência: ninguém é dono absoluto da verdade, nem mesmo o “padrão-ouro”, pois a verdade é pontual, muda. A pesquisa e a discussão são as maiores armas para obtenção do conhecimento. Este sim, é uma virtude que devemos buscar. Então, vamos abrir nossas mentes para aceitarmos as discussões, pois temos muito a aprender.

Gustavo Andrade

ANGIORAD, Hospital Santa Joana, Recife, PE.
E-mail: gustavoandrade@angiorad.com.br

Referências

1. de Souza FH, Chagas WR, Avelar M, Ribas JM. Hipertensão renovascular por displasia fibromuscular. *JVASCBR* 2005;4:101-4.
2. Ahmad I, Ray CE. Diagnosing renovascular hypertension. *Semin Intervent Radiol* 2001;18:11-21.
3. Sanctis JT. Renal artery angioplasty and stenting. *Semin Intervent Radiol* 2001;18:23-35.
4. Albers MTV, Romiti M. Doenças arteriais – hipertensão renovascular. In: Maffei FHA, editor. *Doenças vasculares periféricas*. São Paulo: Medsi; 2002. p. 1258-1270.
5. Birrer M, Do DD, Mahler F, Triller J, Baumgartner I. Treatment of renal artery fibromuscular dysplasia with balloon angioplasty: a prospective follow-up study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002;23:146-52.
6. de Fraissinette B, Garcier JM, Dieu V, et al. Percutaneous transluminal angioplasty of dysplastic stenoses of the renal artery: results on 70 adults. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2003;26:46-51.
7. Carmo M, Bower TC, Mozes G, et al. Surgical management of renal fibromuscular dysplasia: challenges in the endovascular era. *Ann Vasc Surg* 2005; [Epub ahead of print].

Citação correta

Correct citation

Prezado Editor,

O esforço de editores e colaboradores em aumentar o impacto de periódicos nacionais tem sido constante. Nos últimos anos, a literatura médica brasileira vem crescendo em importância. Para que os índices de impacto reflitam a qualidade dos periódicos, é fundamental que os autores brasileiros citem as publicações nacionais de forma correta.

O artigo de autoria de Barros et al.¹ descreve o rastreamento de aneurismas da aorta numa pesquisa de grande importância em nosso meio, através de um relato que, sem dúvida, terá repercussão. Na citação de número 11 do referido artigo, lê-se: Bonamigo TP, Siqueira I. *Screening for abdominal aortic aneurysms*. *Rev Assoc Méd Bras* 2003;41:43-6. Pesquisando na página eletrônica do Scielo, verificamos que a Revista da Associação Médica Brasileira no ano de 2003 publicou seu número 49, e não 41. E a pesquisa por nome não obteve esse artigo em nenhum de seus volumes recentes. Artigo

com esse mesmo título e dos mesmos autores aparece na Revista do Hospital das Clínicas da FMUSP (também indexada na SciELO, além do PubMed) no mesmo ano².

Reiteramos a importância da cuidadosa elaboração das referências bibliográficas, caso contrário nossos periódicos permanecerão sempre com impacto reduzido, apesar de seu valor.

Pedro Puech-Leão

Editor - *Rev Hosp Clin* 1999-2004

Referências

1. Barros FS, Pontes SM, Taylor MASA, et al. Rastreamento do aneurisma da aorta abdominal na população da cidade de Vitória (ES). *J Vasc Br* 2005;4:59-65.
2. Bonamigo TP, Siqueira I. Screening for abdominal aortic aneurysms. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2003;58:63-8.