



Qual a importância da variabilidade tensional?

Assiste-se hoje na evolução da ciência médica a uma onda de inovação e descoberta nos conhecimentos científicos, o que faz com que uma realidade tida como bem explicada e demonstrada, é de repente ultrapassada por novos conceitos e conhecimentos.

Alguns estudos científicos abordando o tema da pressão arterial/hipertensão arterial (HTA), recentemente publicados, podem vir a modificar e a inovar conhecimentos tidos como adquiridos acrescentando, inovando e questionando conceitos antigos, e por isso merecem alguma meditação de todos nós. Refiro-me a três artigos sobre hipotensão ortostática (HO) e outros sobre hipertensão de bata branca (HBB) e hipertensão mascarada (HM).

Em relação à hipotensão ortostática, dois artigos publicados na revista *Hypertension* de Março deste ano e o respectivo editorial¹⁻³, abordam o problema de uma forma demasiado clássica, menorizando a importância clínica que tem tido para todos os médicos a hipotensão ortostática, particularmente nos idosos. Num dos trabalhos, *Juraschek et al*, do grupo de investigação do SPRINT² observaram que os sintomas relacionados com a HO não foram diferentes quando comparado o grupo de tratamento intensivo [pressão arterial sistólica (PAS) < 120mmHg) e o grupo controlo de HTA (pressão arterial sistólica (PAS) < 140 mmHg)]. E concluíram que a HO não está associada e maior risco de eventos cardiovasculares (CV) e a ocorrência de sintomas durante o tratamento da HTA não deve ser motivo para diminuição da medicação, mesmo com baixos valores de Pressão arterial (PA).

Por sua vez Freeman *et al*¹, também apresentam os resultados de um estudo realizado em 89 doentes com HO. Nele concluem que a magnitude da queda da pressão arterial sistólica (PAS) e a mais baixa PAS na posição de pé, não estão relacionadas com os

sintomas (quedas, síncope, traumatismos), separando a objectivação de HO isolada da mesma com sintomas.

Estes resultados divergem e vão contra tudo o que é conhecido na literatura, nomeadamente em metanálises como a de Ricci et al⁴.

Contudo em maio deste ano, Cremer *et al* publicam no *Journal of Hypertension* o *3-City Study*⁵, segundo o nosso ponto de vista de enorme inovação na avaliação da Hipotensão Ortostática e sua etiologia, avaliando simultaneamente a variabilidade da PA e a rigidez arterial; segundo os autores podemos estar na presença de uma nova Síndrome que englobaria as três manifestações: a Hipotensão Ortostática, a Variabilidade da PA e a Distensibilidade/Rigidez Arterial. Estes autores referem que nem sempre os médicos reconhecem a importância da HO associada a uma excessiva morbidade e mortalidade cardiovascular. Relembrem que a HO tem uma fisiopatologia muito própria a que chegam a chamar “síndrome”. No estudo realizado numa amostra de 1151 indivíduos com mais de 65 anos, tendo diagnosticado HO em 210 (idade média superior a 80 anos), a todos os doentes realizaram o estudo da variabilidade da PA e a rigidez arterial. Concluíram que os doentes com HO, eram mais vezes hipertensos e revelavam maior variabilidade da PA e tinham um maior valor da rigidez arterial. Realizando uma regressão multivariada, concluíram que a frequência de HO aumentava 20% em cada quartil da variabilidade tensional e também aumentava 20% nos quartis da rigidez arterial.

Assim poder-se-á dizer que a Hipotensão Ortostática seria mais o resultado de uma disfunção cardiovascular alargada, disfunção neurogénica (avaliada pela variabilidade da PA) e não neurogénica (rigidez arterial, avaliada pela velocidade da onda de pulso), estando deste modo perante uma disfunção autonómica⁶ de que resulta a HO e a variabilidade tensional do curto e médio prazo, bem avaliada pela utilização da MAPA, a que se junta a “non-dipping” noturna, tendo todos no seu conjunto uma enorme importância prognóstica.

O outro tema que vamos abordar sucintamente, diz respeito ao Estudo ELSA⁷ onde Mancia et al avaliaram a reproductibilidade da hipertensão mascarada (HM) e da hipertensão de bata branca (HBB), problema da máxima importância para determinar a

importância clínica e prognóstica destas duas situações clínicas. Assim no estudo ELSA os autores avaliaram 1664 doentes hipertensos durante um período de 4 anos, divididos em dois grupos, um tratado com lacidipina e outro com atenolol. A MAPA foi realizada a todos os doentes, no início e em cada ano do seguimento; no fim do primeiro ano 21% dos doentes foram classificados com HM e 18% com HBB. Mas no fim do estudo somente 4,5% dos doentes inicialmente classificados como HM mantiveram a sua classificação e 6,2% nos com HBB. De notar que os doentes classificados com HM ou HBB não foram sempre os mesmos ao longo dos 4 anos. Os autores concluem, após subanálises dos doentes controlados e não controlados e da associação ou não destes doentes, a médio prazo, a um maior risco cardiovascular, e que será necessário continuar os estudos nestes grupos de doentes. Levanta-se assim a questão de saber se estes dois grupos de doentes, com HM e HBB, têm ou não um risco acrescido de problemas cardiovasculares a médio e longo prazo, como se considerava até este momento⁸. E os mesmos autores chamam a atenção dos médicos para a necessidade da utilização da medição ambulatória da PA e a medição da pressão arterial em casa, no estudo e seguimento destes doentes.

A reflexão suscitada por estes novos estudos, questionando conhecimentos que considerávamos consolidados, leva-nos a assumir uma posição de prudência, atenção e humildade, desde logo porque as metodologias utilizadas têm implicações logísticas enormes, sendo impossível no horizonte próximo a possibilidade de aplicação na prática médica habitual.

Bibliografia:

1 - Freeman R, Illigens BMW, Lapuscaet al. Symptom Recognition Is Impaired in Patients With Orthostatic Hypotension. *Hypertension*. 2020;75:1325–1332.

2 - Juraschek SP, Taylor AA, Wright JT, et al. Orthostatic hypotension, cardiovascular outcomes, and adverse events: results from SPRINT. *Hypertension*. 2020; 75:660–667.

3 - Niiranen TJ. Orthostatic Hypotension and Intensive Blood Pressure Treatment.Hypertension.2020;75:623–62.

4 - Ricci F, Fedorowski A, Radico F, et al. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. Eur Heart J. 2015; 36:1609-1617.

5 – Cremer A, Boutouryie P, Laurent S,et al. Orthostatic hypotension: a marker of blood pressure variability and arterial stiffness: a cross-sectional study on an elderly population: the 3-City study. J Hypertens.2020; 38: 1103-1109.

6 - Ram CVS. The triad of orthostatic hypotension, blood pressure variability, and arterial stiffness: a new syndrome?.J Hypertens.2020; 38:1031-1032.

7 - Mancia G, Facchetti R, Cuspidi C, et al.Limited reproducibility of MUCH and WUCH: evidence from the ELSA study. Eur Heart J. 2020; 41:1565-1571.

8 - Kjeldsen SE, Os I. Poor reproducibility of masked and white coat uncontrolled hypertension: important new information on MUCH and WUCH. Eur Heart J. 2020; 41:1572-1574.

Mario Espiga Macedo
CPPC