

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ

A morbidade e mortalidade associadas à presença de hipertensão arterial na gravidez, colocam este assunto no centro das preocupações dos obstetras e também dos internistas e clínicos gerais.

O diagnóstico, a vigilância e o tratamento das complicações exigem uma atenção particular, sabido que a hipertensão na gravidez tem características próprias no que respeita à definição, classificação, fisiopatologia e terapêutica.

As diferentes recomendações sobre a metodologia de medição da pressão arterial em grávidas^{1,2}, assim como as várias classificações das doenças hipertensivas da gravidez, contribuíram largamente para a controvérsia à volta deste assunto.

As recomendações do Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy³, permitiram adoptar de forma mais generalizada a classificação das doenças hipertensivas da gravidez proposta pelo American College of Obstetricians and Gynecologists. Esta define 4 tipos de hipertensão associada à gravidez: a hipertensão crónica, a pré-eclampsia/eclampsia, a pré-eclampsia sobreposta a hipertensão crónica e a hipertensão transitória.

Um dos aspectos mais importantes nesta classificação é a relevância posta na distinção das mulheres previamente hipertensas das que desenvolvem, no decurso da gravidez, uma situação específica – a pré-eclampsia, pelo impacto no prognóstico e na abordagem terapêutica destas situações.

Na hipertensão crónica a elevação da pressão arterial é a característica fisiopatológica fundamental, enquanto que, na pré-eclampsia, os valores elevados da pressão arterial são um indicador, entre outros, das graves alterações subjacentes. É necessário, desde já, acentuar que a pré-eclampsia não deve ser encarada simplesmente como uma hipertensão induzida pela gravidez, mas como uma síndrome complexa, afectando, virtualmente todos os órgãos e sistemas da grávida⁴.

As grávidas com hipertensão crónica têm um risco aumentado de desenvolverem complicações quando comparadas com gestantes normais, sobretudo quando se sobrepõe uma pré-eclampsia. Apesar disto mais de 85% das mulheres com hipertensão crónica têm gravidezes não complicadas².

O estudo de Helena Machado e colaboradores publicado neste número da Acta Médica Portuguesa⁵, corrobora esta afirmação pois foi encontrada uma única complicação materna nas 80 grávidas, de feto único, com hipertensão crónica.

Curiosamente, nesta série, também as complicações maternas encontradas em 16 grávidas com hipertensão crónica e pré-eclampsia sobreposta são particularmente diminutas – 2 casos, apesar do aumento esperado de morbidade e mortalidade peri-natais.

É controversa a atitude terapêutica mais adequada nas grávidas com hipertensão crónica, nomeadamente quando esta é ligeira e não existem lesões nos órgãos-alvo. A metildopa continua a ser o fármaco mais utilizado e alguns estudos não parecem ter encontrado vantagens na utilização de outros fármacos, que, aliás, devem merecer uma atitude cautelosa³.

A pré-eclampsia é mais frequente nas nulíparas e surge habitualmente depois da 20ª semana de gestação. O seu início e progressão são imprevisíveis e, clinicamente caracteriza-se por hipertensão, proteinúria e edemas, podendo haver alterações da coagulação e da função hepática. Pode apresentar-se e evoluir desde formas ligeiras a graves e potencialmente complicar-se por anemia hemolítica, disfunção hepática e trombocitopenia (síndrome HELLP) ou evoluir para uma fase convulsiva – eclampsia, mesmo na ausência de um agravamento da hipertensão arterial.

Tal como referem os autores do estudo retrospectivo agora publicado *independentemente dos valores tensionais e da intensidade da proteinúria dever-se-á prestar atenção aos sintomas e sinais indicadores de alterações das funções hepática e renal e de perturbações da hemostase e do sistema nervoso central*.

Quando a hipertensão e a proteinúria se tornam evidentes já os mecanismos que caracterizam a síndrome estão bem desenvolvidos o que impõe um diagnóstico precoce, de forma a que sejam tomadas as medidas possíveis para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.

Segundo alguns autores a implantação anormal do tromboblasto, provavelmente mediada por mecanismos imunológicos e as alterações da perfusão da placenta têm um papel central nos mecanismos patogénicos⁴. A pré-eclampsia caracteriza-se por um padrão fisiopatológico próprio: aumento das resistências periféricas que contrasta com a vasodilatação da gravidez normal, diminuição do volume intravascular e alterações da hemodinâmica renal, cardíaca e cerebral⁶.

O aumento da sensibilidade vascular a substâncias vasopressoras, particularmente a angiotensina II e as alterações morfológicas da parede dos vasos, estão presentes semanas antes do aparecimento clínico da hipertensão arterial e das outras manifestações desta síndrome. Desconhece-se se a reactividade vascular aumentada se deve a perturbação da acção vasodilatadora das prostaglandinas, a disfunção do endotélio vascular ou a outras causas, da mesma forma que não existem explicações para muitos outros aspectos desta situação patológica. A eventual importância patogénica do factor natriurético auricular e dos radicais livres de oxigénio está em estudo, não havendo resultados conclusivos².

Desde há muito que se sabe que a pré-eclampsia se associa à formação de trombos em vários órgãos e a alterações dos mecanismos de coagulação, traduzindo uma coagulopatia de consumo e, ultimamente, tem sido dada particular atenção à diminuição de anti-trombina III e ao aumento da actividade inibidora de activadores do plasminogénio⁷.

A gravidade desta situação, bem evidenciada na evolução dos 130 casos descritos no estudo a que nos referimos, tem estimulado a procura de meios para

a prevenção do desenvolvimento desta situação, sobretudo no conhecimento de que a reactividade vascular se apresenta alterada muito antes do aparecimento das manifestações clínicas.

As várias tentativas feitas para encontrar uma metodologia correcta de identificação das grávidas em risco não tem dados resultados concretos e o estudo da evolução da pressão continua a ser um método fácil e adequado, apesar dos falsos negativos frequentes, mas é possível prever que a medição ambulatória da pressão arterial venha a acrescentar algumas informações, até porque a labilidade da hipertensão está aumentada, com frequente apagamento ou inversão do ritmo circadiano⁸.

O diagnóstico precoce da pré-eclampsia é um factor fundamental no tratamento destas doentes. Há razões para se afirmar que a restrição salina não é desejável na grávida hipertensa e o papel do cálcio não está suficientemente esclarecido, apesar de alguns resultados promissores⁶. A utilidade de baixas doses de ácido acetilsalicílico parece estar limitada a grávidas de alto risco. A sua eficácia noutros casos parece ser pequena e nem sempre isenta de riscos, o que explica o facto da sua utilização não ser recomendada de forma generalizada^{1,4,9}.

O estudo efectuado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa é extremamente oportuno, não só para os obstetras mas também para todos os que na sua actividade clínica vigiam e tratam mulheres hipertensas em idade fértil por evidenciar a necessidade de estarem atentos a todos os sinais que possam concorrer para um diagnóstico correcto e para um adequado aconselhamento destas doentes.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Study Group. The hypertensive diseases of pregnancy. WHO Tech Rep Ser 1987; 758: 14-15
2. CUNNINGHAM FG, LINDHEIMER MD: N Engl J Med 1992; 326: 927 - 31
3. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1990; 163: 1689-712
4. ROBERTS JM, REDMAN CW: Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. Lancet 1993; 341: 1447-51
5. MACHADO M H, CLODE N, GRAÇA L M, CARDOSO C G: Hipertensão Associada à Gravidez. Acta Med Port 1996; 9: 7-14
6. VISSER W, WALLENBURG HCS: Central hemodynamic observations in untreated preeclamptic patients. Hypertension 1991; 17: 1072-7
7. KINCAID-SMITH P: Hypertension in pregnancy. Blood Pressure 1994; 3: 18-23
8. PICKERING TG: Ambulatory monitoring and blood pressure variability. Science Press, 1991, pág 9.9
9. SIBAI BM, CARITIS SN, THOM E, KLEBANOFF M, MCNELLIS D et al: Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. N Engl J Med 1993; 329: 1213-18

VITAL MORGADO