



REVISTA PORTUGUESA DE  
**HIPERTENSÃO**  
ERISCO CARDIOVASCULAR

18<sup>o</sup>

Congresso Português de  
**Hipertensão e**  
**Risco Cardiovascular Global**

International Meeting on Hypertension  
and Global Cardiovascular Risk

8 | 11

FEV 2024

Grande Real Santa Eulália

**A L G A R V E**

[www.sphta.org.pt](http://www.sphta.org.pt)

SECRETARIADO EXECUTIVO: Veranatura - Conference Organizers  
+351 217 120 778 | [cidaliampacheco@veranatura.pt](mailto:cidaliampacheco@veranatura.pt)

SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE  
**HIPERTENSÃO**  
Portuguese Society of Hypertension



## 8

### ARTIGO DE OPINIÃO

**Reflexão sobre situação da hipertensão em Portugal com base na ferramenta BI-CSP**

**Comments on hypertension status in Portugal based on BI-CSP tool**

## 10

### ARTIGO ORIGINAL

**Influência da hipertensão arterial no acidente vascular cerebral isquémico: relação íntima que é preciso combater**

**The influence of arterial hypertension on ischemic stroke: close relationship that must be stopped**

## 20

### ARTIGO DE REVISÃO

**Vida sexual de pacientes com doença cardiovascular**

**Sex life of patients with cardiovascular disease**

## 24

### CASOS CLÍNICOS

**A importância da semiologia médica – um caso de Síndrome de Roubo da Subclávia**

**The importance of medical semiology – a case of Subclavian Steal Syndrome**

**Jovem a ritmo lento!**

**Young at a slow pace!**

#### FICHA TÉCNICA

Revista Médica Bimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12 do D. R. n.º 8/99 de Junho de 1999.

ISSN 1646-8287

N.ºs avulsos: 10€ (se solicitado impressão em papel)

Assinatura anual: 35€

Depósito legal: 265384/07

Propriedade:

Grande Mensagem, Edições e Publicidade, Lda.

Av. Bombeiros Voluntários, n.º 52, Loja 8 Sala G

1495-022 Algés

Tel: 91 439 81 85

Fax: 21 357 90 21

E-mail: revpkip@gmail.com

Design gráfico:

Inês Almaça Tlm: 91 485 46 00

E-mail: inesalmaca@hotmail.com

**Editor Chefe / Editor-in-Chief**  
Prof. J. Braz Nogueira

**Editor Adjunto / Deputy Editor**  
Dr. Vítor Ramalhinho

**Conselho Científico Nacional e Internacional  
National and International Scientific Board**

Prof. Manuel Carrageta  
Prof. Luís Martins  
Prof. Gorjão Clara  
Prof. Pereira Miguel  
Prof. Martins Prata  
Prof. Rocha Gonçalves  
Prof. Victor Gil  
Prof. Luciano Ravara  
Prof. Salgado Borges  
Prof. Rui Carrapato  
Prof. Jose Juanatey  
Prof. Josep Redon  
Prof. Fernando Nobre  
Prof. Pinto Carmona  
Prof. Agostinho Monteiro  
Prof. Massano Cardoso  
Prof. Luz Rodrigues  
Prof. Jorge Polónia  
Prof. Manuel Bicho  
Prof. José Luís Medina  
Prof. Davide Carvalho  
Prof. Luís Sobrinho  
Dr. Alcindo Maciel Barbosa  
Dr. Vital Morgado  
Dr. Mariano Pego  
Dr. Rasiklal Ranchhod  
Dr. Lacerda Nobre  
Dr. Pastor Santos Silva  
Dr. António Jara

**Conselho Redactorial / Editorial Board**

Prof. Pinto Carmona  
Prof. Agostinho Monteiro  
Prof. Massano Cardoso  
Prof. Jorge Polónia  
Prof. Manuel Bicho  
Prof. José Luís Medina  
Prof. Davide Carvalho  
Dr. Luís Calçada Correia  
Dr. José Nazaré  
Dr. Jorge Cotter  
Dra. Teresa Fonseca  
Dr. João Maldonado  
Dr. Carlos Moreira  
Dr. Mesquita Bastos  
Dr. José Alberto Silva  
Dra. Paula Amado  
Dra. Paula Alcântara  
Dra. Teresa Rodrigues  
Dr. Fernando Pinto  
Dr. Pedro Guimarães Cunha

## EDITORIAL

Nesta edição da Revista começo por chamar a atenção para artigo de **“Reflexão sobre a situação da hipertensão em Portugal com base na ferramenta BSI-CSP”** dos Dr. Nuno Capela e Prof Jorge Polónia. Como já foi expresso num Editorial desta revista noutra altura, um dos nossos objectivos é divulgar a partir do conhecimento dos vários aspectos da situação clínica da hipertensão no nosso país, reflectir sobre estratégias que possam melhorar o grau de controlo na população portuguesa, para uma mais eficaz redução do risco cardiovascular. Estamos numa época em que se acumula evidência em que esse controlo é importante, mesmo em situações limite em que se colocavam dúvidas em prosseguir ao máximo esse objectivo, como quando coexistisse hipotensão ortostática<sup>(\*)</sup>. O artigo aqui apresentado por aqueles autores tem uma visão da nossa realidade (sendo explicitada a metodologia) e o ponto de partida para estabelecermos as nossas estratégias, com o intuito de prosseguir com maior afinco o controlo tensional desejado de acordo com as linhas de orientação divulgadas recentemente. Ajuda-nos a repensar a nossa prática quotidiana: temos evitado a contemporização com valores elevados ou limiares, em que por vezes usamos a autojustificação de se tratar de episódio isolado porque o doente está no *stress* do consultório ou do serviço de urgência? Seguimos o proposto nas recomendações mais recentes? O que cada um de nós e a nossa Sociedade pode mudar (ou pelo menos tentar fazer por mudar) para atingirmos um controlo mais generalizado?

Mas este número traz-nos outros textos apelativos, com temas muito diversificados, mas com um sentido pedagógico pela maneira como são tratados. Trata-se de situações clínicas com que nos defrontamos no nosso ambulatório diário ou na urgência hospitalar. Passo a escrever breves linhas de como modo de introdução.

Do Hospital Sousa Martins, ULS da Guarda, tendo como primeira autora a Dr<sup>a</sup> Bárbara Saraiva, do internato de Medicina Interna, vem a **“Influência da hipertensão arterial no acidente vascular cerebral isquémico: relação íntima que é preciso combater”**. Numa revisão da casuística da Unidade de AVC em que decorre o trabalho, utilizando a revisão de processos e focando-se nos valores tensionais à entrada e na história clínica colhida e registada, confirma-se que também aqui este tipo de associação é muito prevalente, levando-nos a conhecer melhor a dimensão local do problema e há também referência às medicações que foram usadas e respectiva frequência de uso.



Nos moldes de revisão bibliográfica extensa, com a metodologia usual neste tipo de trabalhos, os Drs. Pedro Carretas e Paula Rodrigues apresentam um tema que se impõe com muita frequência na nossa prática sobre a **“Vida sexual de pacientes com doença cardiovascular”**.

Por fim dois artigos de casos clínicos em que se partilham o entusiasmo e as dificuldades em casos menos frequentes e como lidar com eles, desde a consulta de diagnóstico até à resolução dos problemas:

- **“A importância da semiologia médica – um caso de Síndrome de Roubo da Subclávia”** é apresentado pelo Dr. Rui Nunes *et al* é um deles, e o outro o de

- Uma **“Jovem a ritmo lento!”** que tem como primeira autora a Dr.<sup>a</sup> Gabriela Martins e versa sobre uma situação de bloqueio aurículo-ventricular.

Esperamos que o conteúdo do presente número desta vossa revista, tão diversificado e rico, seja do vosso agrado nesta época festiva e seja uma boa companhia para a despedida de 2023 e entrada em 2024. Na próxima etapa **contamos com todos no próximo Congresso das nossa Sociedade de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global de 8 a 11 de Fevereiro.**

Vítor Ramalhinho

<sup>(\*)</sup>Orthostatic Hypotension, Hypertension Treatment, and Cardiovascular Disease/ An Individual Participant Meta-Analysis *Juraschek SP et al. JAMA. 2023;330(15):1459-1471. Oct 17*

Texto escrito de acordo com antiga Norma Ortográfica

# REFLEXÃO SOBRE SITUAÇÃO DA HIPERTENSÃO EM PORTUGAL COM BASE NA FERRAMENTA BI-CSP

## COMMENTS ON HYPERTENSION STATUS IN PORTUGAL BASED ON BI-CSP TOOL

Nuno Capela # & Jorge Polonia\*

# Especialista de Medicina Geral e Familiar na USF Serpa Pinto, no Porto,

# Prof Catedrático de Medicina Interna da Faculdade Medicina do Porto, Consultor Senior de Hipertensão da Unidade Local saúde Matosinhos

<https://doi.org/10.58043/rphrc.109>

A hipertensão arterial (HTA) é reconhecidamente o fator de risco modificável que mais contribui para a morbimortalidade cardiovascular em Portugal e no mundo e as projeções para o ano 2040 mantem esta posição<sup>1</sup>. Múltiplos estudos de intervenção mostraram que o tratamento adequado da HTA e o seu controlo é eficaz na prevenção de eventos cardiovasculares<sup>2</sup>. Acresce que o controlo da HTA em todo o mundo e em Portugal é modesto<sup>1-4</sup> (inferior a 40%) o que compromete os benefícios provados com o seu controlo adequado.

“As estatísticas internacionais dizem-nos que, a nível global, ainda temos uma grande população hipertensa não tratada (cerca de 30%) e outra fração tratada, mas não controlada (aproximadamente 35%)<sup>3</sup>. Recentemente foram propostos<sup>5,6</sup> novos alvos terapêuticos mais exigentes face aos benefícios adicionais que são deste modo obtidos. Tal significa que será ainda menor a taxa de doentes com níveis desejáveis de controlo.

Há várias causas para o controlo insuficiente da PA: não adesão pelos doentes às terapêuticas prescritas, regimes terapêuticos não consonantes com as *guidelines*, inércia médica na prescrição de terapêuticas cuja eficácia está demonstrada, baixa literacia dos benefícios do controlo da pressão arterial, etc. Segundo as *guidelines*<sup>7,8</sup> salvaguardando raras exceções (idosos frágeis e hipertensão estadio 1 abaixo de 150/95 mm Hg) a terapêutica deverá iniciar-se por associação em comprimido único de medicamentos de ação complementar (moduladores do sistema renina-angiotensina com ou antagonistas do cálcio dihidropiridínicos ou com diureticos tiazida like i.e. clorotalidona ou indapamida). Como se observa na Figura 1 entre 2021 e 2022 a maioria dos antihipertensores de primeira linha foi administrado em

monoterapia ou em associação livre e muito menos vezes cumprindo o recomendado nas *guidelines*. Inclusive, continua elevado o peso relativo da associação losartan + hidroclorotiazida i.e. de dois fármacos de curta duração de ação em detrimento de associações com fármacos de perfil mais conveniente.

### **Registos dos cuidados primários revelam que fatia significativa de hipertensos podia beneficiar de terapêuticas “assertivas”**

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), os médicos de família acompanham mais de 80% dos doentes hipertensos.

Ao recorrer à plataforma digital BI-CSP – ferramenta que permite visualizar dados provenientes de registos feitos pelos profissionais dos CSP – é possível elaborar um retrato de como está a ser gerida a HTA nas unidades de saúde do país. De acordo com o BI-CSP, em final de 2022, estavam codificadas nas unidades funcionais dos CSP como hipertensas mais de dois milhões e trezentas mil pessoas, com mais de metade dos doentes abaixo do limiar dos 74 anos. Não raras vezes, afirmamos que a nossa população é muito idosa e que, desta forma, a assertividade da abordagem terapêutica pode ser condicionada pelas síndromes de fragilidade concomitantes. Porém, estes dados dão-nos uma noção mais concreta de que a maioria dos doentes será elegível para uma abordagem farmacológica assertiva. Em 2022, foram registados mais de 4,3 milhões de contactos a pessoas com hipertensão, dos quais 3,4 milhões corresponderam a consultas presenciais, englobando mais de 1,7 milhões de utentes. Da análise dos indicadores de desempenho existentes, foi





possível compreender que 52,3% (figura 2) das pessoas hipertensas com idade inferior a 65 anos que foram alvo de vigilância e que vieram a consultas, apresentavam valor de PA inferior a 150/90 mmHg.

No mesmo intervalo etário, ao aumentar a exigência em relação à meta terapêutica (PA < 140/90 mmHg), a percentagem de doentes controlados passa para 34,3% (figura 3). Deste modo, e por comparação entre indicadores, constata-se que 18% dos hipertensos que mediram a PA nos CSP possuem uma PA entre 140/90 mmHg e 150/90 mmHg.

Ainda com base na plataforma BI-CSP, é possível visualizar o perfil de prescrição dos especialistas de MGF relativamente à HTA. Um total de 61,2% das prescrições a pessoas com HTA e para controlar em específico esta doença são associações fixas embora como se mostra na figura 1 é possível que nem sempre sejam as mais convenientes.

Portanto, a inércia terapêutica é certamente um dos diversos aspetos que interferem num adequado controlo tensional. Desenvolver estratégias para a ultrapassar é parte da solução e uma oportunidade para os médicos de família aumentarem a sua efetividade na prestação de cuidados.

É nossa opinião que estes dados merecem reflexão. São importantes ao revelarem um lado da situação da abordagem da HTA onde ela é mais prevalente, i.e. ao nível dos CSP. Porém como é sabido, este tipo de registos clínicos, embora contemplem informação importante, têm reconhecidas limitações, p.ex. na representatividade da realidade nacional (nem todos os utentes têm médico de família), por não incluírem no cálculo da prevalência aquela percentagem de doentes que desconhecem ter HTA por ausência de diagnóstico e que em alguns estudos<sup>1-4</sup> atinge 23-32% e porque os registos tensionais, para serem comparáveis aos estudos que estimam a prevalência e o controlo tensional<sup>4</sup>, deverão ser auditados externamente i.e. confirmados por examinadores exteriores ao seguimento normal dos doentes. De qualquer forma, mesmo com alguma supra estimação dos níveis de controlo tensional a verdade é que ainda há muitos doentes por controlar, ainda há múltiplas terapêuticas (monoterapias, associações de medicamentos de curta duração de ação) em total desacordo com o estipulado nas *guidelines* e por isso sem

otimizar os benefícios atribuíveis ao controlo tensional adequado.

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018;392(10159):2052-2090. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5.
2. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists C. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet* 2021;397(10285):1625-1636. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00590-0.
3. Asher MI, Rutter CE, Bissell K, et al. Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study. *Lancet* 2021;398(10311):1569-1580. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01450-1.
4. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens* 2014;32(6):1211-21. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000162.
5. Group SR, Lewis CE, Fine LJ, et al. Final Report of a Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2021;384(20):1921-1930. DOI: 10.1056/NEJMoa1901281.
6. Zhang W, Zhang S, Deng Y, et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension. *N Engl J Med* 2021;385(14):1268-1279. DOI: 10.1056/NEJMoa2111437.
7. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension* 2020;75(6):1334-1357. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018;36(10):1953-2041. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001940

# INFLUÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: RELAÇÃO ÍNTIMA QUE É PRECISO COMBATER

## THE INFLUENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION ON ISCHEMIC STROKE: CLOSE RELATIONSHIP THAT MUST BE STOPPED

Bárbara Saraiva<sup>1,5</sup>, Ivanna Ostapiuk<sup>1,5</sup>, Catarina Tavares Valente<sup>1,5</sup>, Sónia Coelho<sup>1,4</sup>, Orlando Mendes<sup>1,4</sup>, Ana Rita Fernandes<sup>1,4</sup>, Celestina Blanco Torres<sup>1,3</sup>, João Correia<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Medicina Interna, Hospital Sousa Martins, ULS Guarda

2. Assistente Graduado Sênior de Medicina Interna

3. Assistente Graduado de Medicina Interna

4. Assistente Hospitalar de Medicina Interna

5. Interno de Formação Específica de Medicina Interna

<https://doi.org/10.58043/rphrc.110>

### Resumo

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma causa importante de morbilidade na Europa e a primeira causa de morte em Portugal, a maioria é de natureza isquémica (69-75%). A hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco mais importante para a morbilidade e mortalidade cardiovascular, sendo um fator de risco major para o AVC isquémico (AVCi). O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de HTA como fator de risco em doentes que apresentaram AVCi tendo em conta a frequência da pressão arterial (PA) à admissão, classes de anti hipertensores mais usadas e alterações terapêuticas à data de alta.

**Materiais e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo onde foram incluídos doentes com AVCi internados na Unidade de AVC de um hospital distrital, entre 1 de janeiro de 2019 e 15 de novembro de 2019. Os autores recolheram os dados tendo em conta codificação de GDH's e consulta de processos clínicos.

**Resultados e Discussão:** Dos 199 doentes internados na Unidade de AVC foram incluídos 173 doentes com o diagnóstico de AVC isquémico. Dos 173 doentes incluídos no estudo, 43,9% eram do sexo feminino e 56,1% do sexo masculino, dos quais 73% apresentavam diagnóstico de HTA. Destes 66% estavam medicados e 7% tinham diagnóstico, mas não estavam medicados. À entrada no serviço de urgência apenas 22% dos doentes com diagnóstico prévio de HTA e medicados estavam normotensos. Recebiam monoterapia 60% dos pacientes. Dos fármacos usados a maioria pertencia aos de 1ª linha, sendo os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA's) os mais usados (33%). À data de alta 31.2% mantiveram terapêutica, 26% modificaram terapêutica e 15% iniciaram terapêutica de novo.

**Conclusão:** É de suma importância o controlo adequado da HTA no AVC isquémico, como fator de risco modificável tanto na prevenção primária como secundária. Por isso, o controlo eficaz da PA é a grande arma contra o AVC.

### Palavras-Chave:

Hipertensão arterial,  
Acidente Vascular  
Cerebral Isquémico,  
Fatores de Risco  
Cardiovascular

### Abstract

**Introduction:** The Cerebral Vascular Accident (CVA) is an important cause of death in Europe and the primary cause of death in Portugal, most of which is ischemic in origin (69-75%). Arterial hypertension (HTN) is the most important risk factor for cardiovascular morbidity and death, being a major risk factor for ischemic stroke. The present study aims to assess the prevalence of hypertension as a risk factor in patients who had ischemic stroke, taking into account the frequency of blood pressure (BP) on admission, the most used classes of antihypertensives and therapeutic changes at the time of discharge.

**Materials and Methodology:** Retrospective observational study in which stroke patients were admitted to the U-AVC of a region hospital, between January 1, 2019 and November 15, 2019. The authors collected data taking into account GDH coding and examination of clinical processes.

**Results and Discussion:** From the 199 patients admitted to the Stroke Unit, 173 patients were included with a diagnosis of ischemic stroke. As of the 173 patients included in the study, 43.9% were female and 56.1% male, of which 73% had a diagnosis of HTA. These, 66% were given medication and 7% had a diagnosis but were not given medication. At the arrival to the emergency service, only 22% of patients with a previous diagnosis of AHT and that have been medicated were normotensive. 60% of patients received monotherapy. From the medication used, most fitted to the 1st line, with Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) being the most used (33%). At the end of the treatment, 31.2% maintained therapy, 26% changed therapy and 15% started therapy again.

**Conclusion:** Adequate hypertension control in ischemic stroke is of highest importance, as a variable risk factor in both primary and secondary prevention. Therefore, effective blood pressure control is an important resource against stroke.

### Keywords:

Hypertension,  
Ischemic Stroke,  
Cardiovascular Risk  
Factors



## Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte em Portugal. É uma patologia com grande impacto a nível mundial, sendo a segunda causa mais comum de morte no mundo e a terceira causa mais comum de incapacidade. Por ano cerca de 15 milhões de pessoas sofrem um AVC, e dessas 6 milhões não sobrevivem.<sup>(1,2)</sup>

Vários estudos, entre eles o estudo de Farmighan<sup>(3)</sup>, demonstraram a importância de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardíaca e doença cerebrovascular. Os fatores de risco podem ser não modificáveis como sexo, idade, raça e hereditariedade ou modificáveis como hipertensão, dislipidemia, diabetes *mellitus*, tabagismo, sedentarismo e arritmias cardíacas.<sup>(4,5)</sup>

A hipertensão arterial (HTA) é o principal fator de risco para o AVC, quando controlada reduz significativamente a taxa de incidência desta doença. Existe uma relação direta, contínua, independente e universal entre a pressão arterial (PA) e o risco de AVC. O risco relativo de AVC em pacientes hipertensos é, aproximadamente, quatro a seis vezes superior ao de indivíduos normotensos.<sup>(6,7,8)</sup>

O tratamento para a HTA consiste na complementaridade entre a terapia farmacológica e hábitos de vida saudável. Existem vários grupos de anti-hipertensores usados para o tratamento da HTA, com evidência de alguns fármacos em detrimento de outros, assim como, o tratamento inicial em monoterapia ou em associação.<sup>(8,9)</sup> A monoterapia permite alcançar o controlo PA num número limitado de doentes hipertensos, por isso o uso de mais de um fármaco pode ser necessário para se atingirem valores tensionais adequados.

## Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo na Unidade de AVC de um hospital distrital. Esta unidade hospitalar é responsável pela promoção e recuperação de pacientes com diagnóstico de AVC.

Dos 199 doentes foram incluídos, neste estudo, 173 doentes com diagnóstico clínico e tomográfico de AVC isquémico, entre 01 de janeiro e 15 de novembro de 2019. Como critérios de inclusão consideram-se todos os adultos acima dos 18 anos que cumpriram critérios clínicos e imagiológicos de AVC isquémico, e como

critérios de exclusão pacientes com diagnóstico de AVC hemorrágico, Acidente isquémico transitório (AIT) e doença cérebro vascular mal definida.

Foram recolhidos dados clínicos através da codificação de GDH's e consulta de processos clínicos, considerando: idade, sexo, antecedentes de HTA, valores de PA à entrada do serviço de urgência e tratamento anti-hipertensivo farmacológico (tipo e número de fármacos).

Os resultados foram submetidos a análise estatística utilizando o programa *Microsoft Excel* onde as variáveis foram apresentadas em frequências relativas (percentuais) e absolutas (N), além da discussão crítica fundamentada com literatura pertinente.

## Resultados

Neste estudo dos 199 doentes internados, na Unidade de AVC, foram incluídos 173 doentes com diagnóstico de AVC isquémico (86.9%), dos quais 76 eram do sexo feminino (43.9%) e 97 do sexo masculino (56.1%), com média de idades de 76.4 anos e 74.2 anos, respetivamente. (*Tabela 1*).

Sexo	Nº de Pacientes (n)	%
Feminino	76	43,9
Masculino	97	56,1
Total	173	100

**Tabela 1.** Distribuição por sexo dos pacientes com AVC Isquémico (N=173)

Em relação ao fator de risco major para AVCi, 73% dos pacientes apresentavam diagnóstico prévio de HTA e destes, 66% encontravam-se sob tratamento anti-hipertensor sendo que 7% sem medicação. Dos doentes com diagnósticos de HTA e medicados (66%), apenas 22% estavam normotensos. Quanto à pressão arterial sistólica (PAS) à entrada do serviço de urgência, 70% dos doentes tinham PAS não controlada, 30% superior a 140mmHg, 27% superior a 150mmHg e 13% superior a 180mmHg. (*Figura 1*).

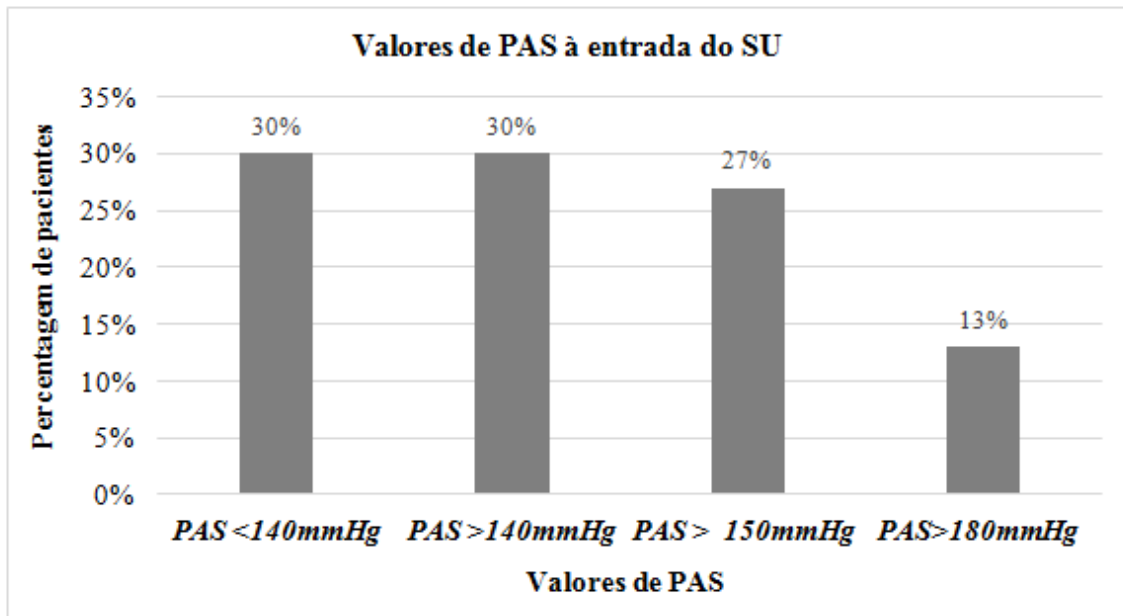


Figure 1. Valores de PAS à entrada no SU em doentes com diagnóstico AVC isquémico (N=173)

	<u>Hipertensão</u>		<u>Conhecimento</u>		<u>Tratamento</u>		<u>Controlo</u>		<u>Total</u> (N)
	<u>Arterial</u> (n)		<u>do diagnóstico</u> <u>de HTA</u> (n)		<u>médico</u> (n)		<u>(%)</u>		
<b>Grupo etário</b>									
<b>25-44 anos</b>	Sim	3	Sim	2	Sim	2	Sim	0	3
	Não	0	Não	1	Não	0	Não	2 (100%)	
<b>45-54 anos</b>	Sim	8	Sim	4	Sim	4	Sim	1 (25%)	12
	Não	4	Não	4	Não	0	Não	3 (75%)	
<b>55-64 anos</b>	Sim	8	Sim	8	Sim	8	Sim	3 (38%)	19
	Não	11	Não	0	Não	0	Não	5 (62%)	
<b>65-74 anos</b>	Sim	32	Sim	29	Sim	25	Sim	4 (16%)	48
	Não	12	Não	7	Não	4	Não	21 (84%)	
<b>&gt;75 anos</b>	Sim	54	Sim	67	Sim	59	Sim	17 (29%)	91
	Não	12	Não	12	Não	8	Não	42 (71%)	
<b>Sexo</b>									
<b>Masculino</b>	Sim	66	Sim	71	Sim	63	Sim	16 (25%)	97
	Não	7	Não	19	Não	8	Não	47 (75%)	
<b>Feminino</b>	Sim	44	Sim	57	Sim	53	Sim	16 (30%)	76
	Não	12	Não	7	Não	4	Não	37 (70%)	

Tabela 2. Prevalência de hipertensão arterial, seu conhecimento, tratamento e controlo segundo o grupo etário, sexo.





A *tabela 2* faz referência à prevalência de HTA, o seu conhecimento, tratamento e controlo segundo o grupo etário e sexo.

À entrada no serviço de urgência, dos pacientes com diagnóstico de HTA, 60% encontrava-se medicado apenas com um fármaco, 31% com dois fármacos e 9% com três fármacos. De uma forma geral, os doentes estavam sob monoterapia com fármacos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA's) 33% e antagonista dos recetores de angiotensina (ARA II) 18.4%. A *figura 2*. mostra a estratégia terapêutica anti-hipertensora, dependendo do grau de controlo da PA à entrada do serviço de urgência. Foi iniciada terapêutica hipotensora nas primeiras horas e posteriormente mantida durante o período de internamento. Seis pacientes faleceram por AVCi extenso

com transformação hemorrágica, por apresentarem perfil hipertensivo de difícil controlo. À data de alta, 31,2% mantiveram a mesma terapêutica hipotensora, não tendo sido realizado qualquer ajuste de dose, em 26% dos doentes foi modificada e 15% iniciaram de novo. Dos que iniciaram terapêutica hipotensora 38,4% com IECA's, 26,9% com ARA's, 7,7% associação IECA's com bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) e 26,7% a associação ARA's com BCC. Dos doentes da amostra 24,3% tiveram alta sem terapêutica. (*Figura 4*)

Em consulta, foram avaliados 40% dos doentes que tiveram alta num período de 3 a 6 meses.

### Discussão

No presente estudo observou-se que a prevalência de HTA em doentes com AVC foi de 73%, corroborando os dados da literatura, onde se considera a HTA como

Terapêutica anti-hipertensora à entrada no SU

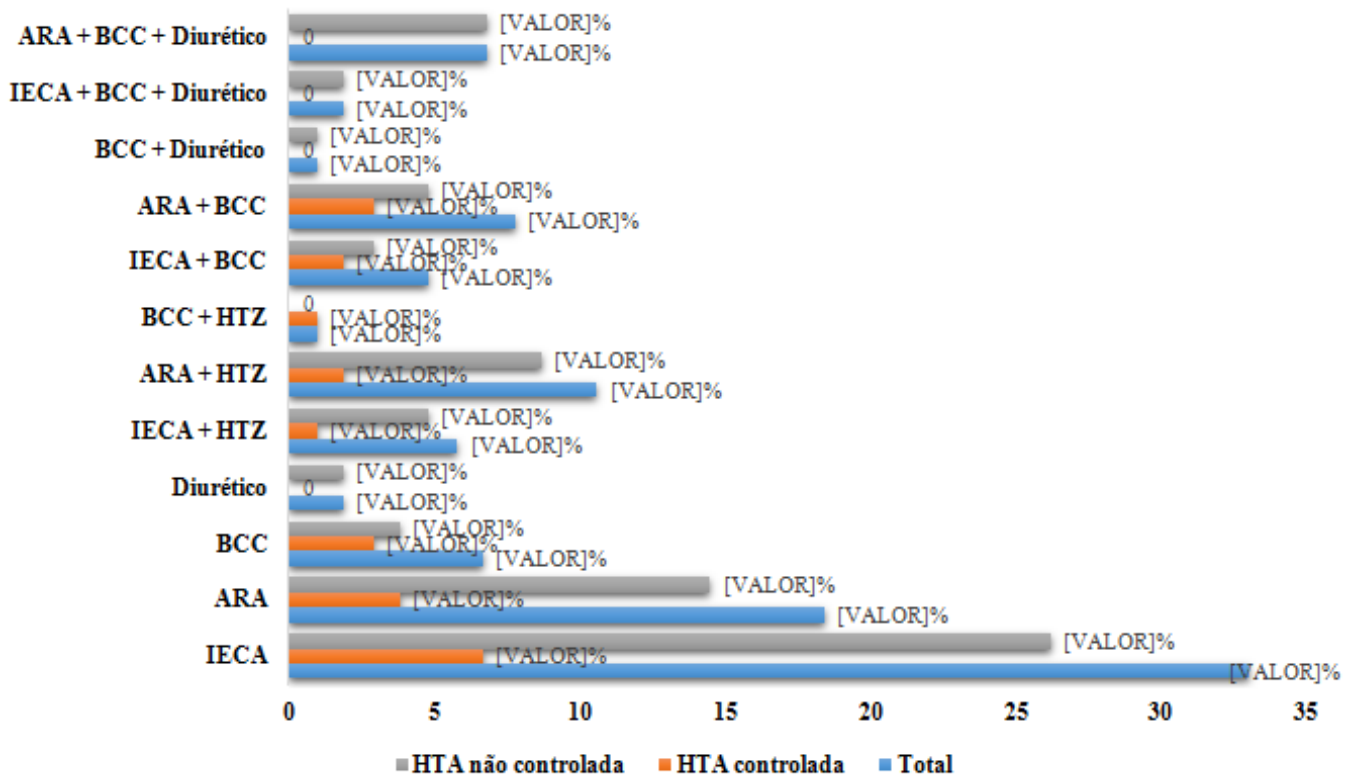


Figure 2. Estratégia terapêutica anti-hipertensora, dependendo do grau de controlo da PA à entrada do SU

principal fator de risco modificável para AVC.<sup>(10,11)</sup> Segundo diversos estudos, como o de Andrés e Strokes, cerca de 80% dos AVC's são de etiologia isquêmica, sendo que os outros 20% correspondem a AVC's de etiologia hemorrágica<sup>(12)</sup>, o que está de acordo com os resultados obtidos onde se observou uma percentagem de 86,9% de AVC's isquêmicos.

Em revisão sistemática quanto ao sexo, embora existam dois estudos um deles realizado em Portugal (2003) e outro nos Estados Unidos (2008) que mostram predomínio da incidência d AVC no sexo feminino até aos 35 anos e no sexo masculino a partir dessa idade.<sup>(13,14,15)</sup> Os resultados obtidos neste estudo corroboram outros estudos existentes, verificando-se um discreto predomínio do sexo masculino (56.1%), isto pode ser explicado devido ao facto do sexo masculino ser um fator de risco para AVC.<sup>(2,15)</sup> Relativamente à idade, encontrou-se uma média de 74,1 anos para o sexo masculino e 72,9 anos para o sexo feminino, sendo que o AVC apresenta pico de incidência entre a 7ª e 8ª décadas de vida, junto com as alterações metabólicas e cardiovasculares relacionadas com a idade.<sup>(6,15)</sup>

As diferenças observadas quanto à prevalência de HTA, o seu conhecimento, tratamento e controlo entre sexo e grupos etários, podem estar relacionados não só com diferenças biológicas, mas também mas também podem ser reflexo de outros fatores de risco que têm

influência sobre a HTA como o consumo elevado de sal, o tabagismo e o sexo masculino. Um mau controlo da PA em idosos (>75anos) pode estar relacionado medicação não adequada, resistências farmacológicas, não adesão terapêutica devido à polimedicação.<sup>(16,17)</sup>

Vários estudos, entre eles o *estudo SHEP*, mostraram que um controlo a longo prazo da PA é fundamental e prioritário na prevenção primária e secundária dos AVCs, reduzindo a incidência entre 35% a 40% assim como a mortalidade em 40%.<sup>(17,18)</sup>

O tratamento da HTA é uma preocupação imediata em pacientes com AVC isquêmicos, para alcançar um controlo adequado dos níveis tensionais permitindo reverter e prevenir lesões de órgão alvo e diminuir a mortalidade.<sup>(18,19)</sup> O tratamento tem como finalidade reduzir os níveis tensionais para valores inferiores a 140mmHg para PA sistólica e inferiores a 80mmHg para PA diastólica.<sup>(19)</sup>

Os IECA's e os ARA's representam a primeira linha de terapêutica para a HTA, seguidos dos BCC e diuréticos. A monoterapia só permite alcançar valores tensionais adequados em 30% da população hipertensa. Diversas classes de anti-hipertensores demonstraram reduzir o risco cardiovascular, muitas vezes através da associação de fármacos com mecanismos de ação diferentes. Assim, as associações têm como principal vantagem a sua complementaridade e a redução de efeitos secundários.

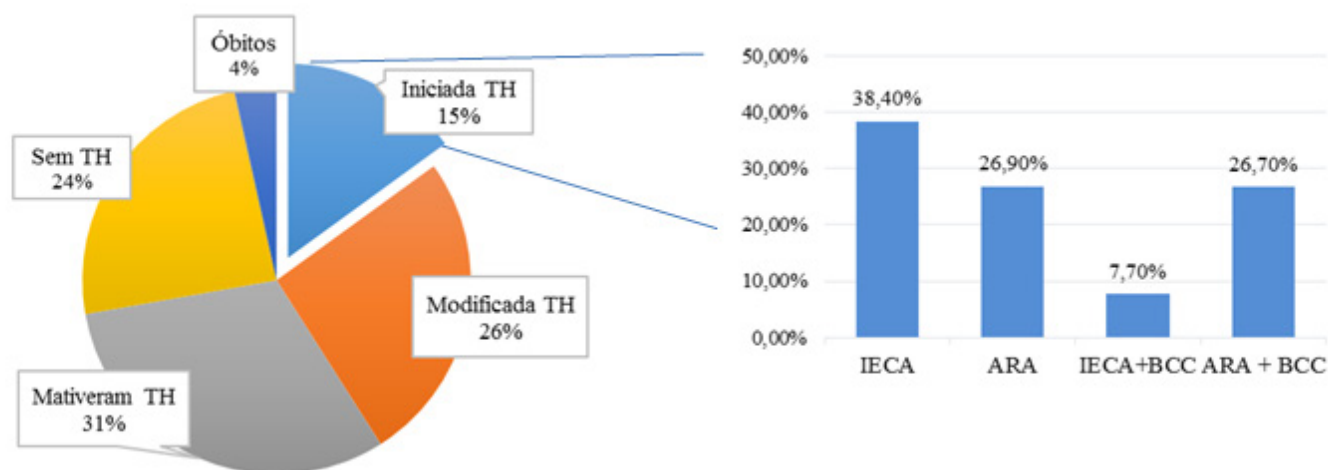


Figure 3. Terapêutica hipotensora instituída à data de alta (N=167)



Algumas meta análises demonstraram que a associação entre ARA e BCC parece ter uma diminuição no risco de AVC e que a associação IECA e BCC reduz em 20% o risco de morbidade e mortalidade em eventos cerebrovasculares. Recentemente um estudo avaliou de forma comparativa, em pacientes de alto risco cardiovascular, o impacto do tratamento com a combinação fixa de um IECA com um diurético e BCC, tendo sido demonstrado que para o mesmo grau de redução de controlo da pressão arterial a combinação do IECA com BCC foi mais eficaz em reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares.<sup>(19,20,21)</sup>

Uma adequada seleção da terapia anti-hipertensiva, tanto em pacientes com história de AVC's como em outros pacientes hipertensos pode prevenir futuros AVC's e morte cardiovascular.<sup>(22,23)</sup>

### Conclusão

Tendo em conta os dados obtidos é possível concluir a importância da HTA no AVCi como fator de risco modificável, tanto na prevenção primária como secundária. O controlo dos fatores de risco constituiu uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cerebrovasculares. Existe uma relação direta, contínua, independente e universal entre a pressão arterial e o risco de AVC.

É de suma importância consciencializar e educar a população sobre a necessidade de uma maior adesão ao tratamento e diminuição dos fatores de risco, reduzindo as complicações inerentes à HTA. A PA controlada ajuda na prevenção de eventos cerebrovasculares, permitindo diminuir a incidência desta patologia com elevada morbimortalidade e grande impacto socioeconómico. Assim, o controlo eficaz da PA é a grande arma contra o AVC.

Como limitações do estudo salientam-se o tamanho da amostra, além de outros fatores que poderiam ter sido analisados para o controlo de PA como raça, fatores culturais, tempo de evolução da HTA e adesão terapêutica.

### Bibliografia

1. Biller J, Love BB, Schneck MJ. Vascular Diseases of the Nervous System: ischemic

cerebrovascular disease. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G, Jankovic J, editores. *Neurology in Clinical Practice Principles of Diagnosis and Management*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Inc; 2008. p. 1165–216.

2. Furie K, Kasner S, Adams R, Albers G, Bush R, Fagan S, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:227–76.
3. Fox CS, Evans JC, Larson MG, et al. Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham Heart Study. *Circulation*, 2004;110:522–527.
4. Grysiewicz RA, Thomas K, Pandey DK. Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors. *Neurol Clin* 2008; 26:871.
5. Harmsen P, Lappas G, Rosengren A, Wilhelmsen L. Long-term risk factors for stroke: twenty-eight years of follow-up of 7457 middle-aged men in Göteborg, Sweden. *Stroke* 2006; 37:1663.
6. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* 2016; 388:761.
7. Chalmers J, Beilin L, Mancia G, Whitworth J, Zanchetti A. International Society of Hypertension (ISH): statements on blood pressure and stroke. *J Hypertens*. 2003; 21:651.
8. Graeme J. Hankey Lowering blood pressure. En: *Stroke Treatment and Prevention An Evidence-Based Approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p. 288–95.
9. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effect of different blood-pressure lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet*. 2003;362:1527–35.
10. Kannel WB. Risk stratification in hypertension:

- new insights from Farmingham Study. *Am J Hypertens*, 2000;13:3S-10S
11. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903.
  12. Caplan LR. Basic pathology, anatomy, and pathophysiology of stroke. In: *Caplan's Stroke: A Clinical Approach*, 4th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.22.
  13. Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke*.2009; 40(4):1082-90.
  14. Gargano JW, Reeves MJ. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. *Stroke*. 2007;38(9):2541-8.
  15. Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol*. 2008;7(10):915-26.
  16. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45:2160.
  17. Rothwell PM, Howard SC, Dolan E, et al. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. *Lancet* 2010; 375:895.
  18. Touzé, E.; Coste, J.; Voicu, M. et al. “ Importance of in-hospital initiation of the therapies and therapeutic inertia in secondary stroke prevention. IMPACT study”. *Stroke*, 2008,39; 1834-1343
  19. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018; 71:e13.
  20. Wang WT, You LK, Chiang CE, et al. Comparative Effectiveness of Blood Pressure-lowering Drugs in Patients who have Already Suffered From Stroke: Traditional and Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Trials. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95:e3302.
  21. Liu L, Wang Z, Gong L, et al. Blood pressure reduction for the secondary prevention of stroke: a Chinese trial and a systematic review of the literature. *Hypertens Res* 2019; 32:1032.
  22. Arima H, Chalmers J, Woodward M, et al. Lower target blood pressures are safe and effective for the prevention of recurrent stroke: the PROGRESS trial. *J Hypertens* 2006; 24:1201.
  23. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018; 49:e46.



# VIDA SEXUAL DE PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

## SEX LIFE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Pedro Carretas<sup>1</sup> e Paula Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico interno de MGF, UCSP São Pedro do Sul (pedro.carretas@gmail.com)

<sup>2</sup>Médica assistente de MGF, UCSP Penalva do Castelo

<https://doi.org/10.58043/rphrc.111>

### Resumo

**Introdução:** A atividade sexual (AS) é uma componente essencial da qualidade de vida sendo motivo de grande preocupação em utentes com doença cardiovascular (CV). Existe um certo receio de que a AS possa vir a despoletar um evento cardíaco major, o que pode levar os utentes a uma evicção do ato sexual. Nestes pacientes, devido aos fatores de risco CV presentes, também é bastante comum o surgimento de disfunção sexual.

**Objetivos:** Revisão da literatura existente acerca das propriedades da atividade sexual em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.

**Metodologia:** Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica de artigos de revisão publicados na última década, em inglês e português, nas bases de dados Pubmed, Cochrane Lybrary e UpToDate, utilizando os termos MeSH: sexual activity e cardiovascular disease.

**Resultados:** A percepção de uma sobrecarga do esforço cardíaco associado à AS, foi inicialmente descrita em pacientes com angina estável que, frequentemente, referiam desconforto torácico durante ou imediatamente após a relação sexual. Durante o ato sexual, existe um aumento da frequência cardíaca (FC) e na tensão arterial (TA) de igual forma que acontece com qualquer forma de exercício físico. Em estudos realizados em “condições de vida real”, onde foi monitorizada a AS de casais nas suas próprias casas, foi registada uma FC média de 117 batimentos por minuto e uma TA média de 162/89 mmHg no clímax. O uso de terapêutica médica adequada pode prevenir a sintomatologia nestes pacientes e proporcionar uma vida sexual normal. Com vista a determinar o risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) pós-coito, foram realizados vários estudos case-crossover com resultados semelhantes. Demonstraram que a AS pode ser considerada um trigger para EAM, mas de forma transitória. Ou seja, como a AS é um trigger temporário que aumenta o risco por um período de cerca de 2 horas, o seu risco absoluto é mínimo. Baseado nestes estudos, um homem de 50 anos sem doença ou fatores de risco CV estabelecidos com um risco basal anual de EAM de 1%, ao adicionar AS semanal, o seu risco passa para 1,01%. O desempenho sexual é um importante componente de qualidade de vida e bem-estar. A prevalência de disfunção sexual, nomeadamente a disfunção erétil (DE) nos homens, é maior naqueles que possuem doença CV do que na população em geral. Os inibidores da fosfodiesterase 5 (iPDE-5) são globalmente utilizados no seu tratamento. Uma importante limitação desta classe é a sua contra-indicação em pacientes que tomam nitratos, seja de forma regular ou intermitente. A toma simultânea de iPDE-5 e nitratos pode conduzir a hipotensão grave e síncope. Em contraste, os iPDE-5 são tipicamente bem tolerados com anti-hipertensores, apresentando uma redução mínima da TA.

**Discussão:** A AS está associada a um stress hemodinâmico moderado e aumenta o risco de EAM. Contudo, o seu risco absoluto é mínimo e pode ser minimizado. Os pacientes com doença CV deverão estar aptos a uma vida sexual normal, desde que devidamente acompanhados e aconselhados pelo seu médico assistente.

### Abstract

**Introduction:** Sexual activity is an important component of quality of life being a big concern for both patients with cardiovascular disease and their doctors. There is a concern that sexual activity may cause some major cardiac event, which may lead to an evicction of it. In these patients, due to their risk factors, is also common the presence of sexual dysfunction.

**Objetives:** Review of the scientific literature on properties of sexual activity in patients with cardiovascular disease.

**Methods:** Classic review of the scientific literature based on review papers published in the last decade, both in english and in portuguese, on Pubmed, Cochrane Lybrary and UpToDate, using MeSH terms: sexual activity and cardiovascular disease.

**Results:** The perception of a high cardiac workload and risk associated with sexual intercourse was reinforced by the observations that patients with stable angina often noted chest discomfort during or immediately after intercourse. During the intercourse, there is a rise in heart rate and in blood pressure, likewise of any kind of physical exercise. In “real life conditions”, where it was measured sexual activity among couples in their homes, it was registered a



*medium heart rate of 117 ppm and a medium blood pressure of 162/89 mmHg at climax. The use of medical drugs could prevent the symptoms in these patients and provide a normal sexual life. In order to determinate the risk of myocardial infarction following sex, there was performed some several case-crossover studies with similar results. They shown that sexual activity may be considered a trigger to myocardial infarction, but in a transient way. Sexual activity is a temporary trigger that rises the risk of infarction for a period of about 2 hours, being minimum its absolute risk value. Based on these studies, a 50-year-old man free of cardiac disease with an annual baseline risk of MI of 1percent would increase his annual risk of MI to only 1.01 percent from weekly sexual activity. Sexual performance is an important component of quality of life and personal wellbeing. The prevalence of sexual dysfunction, especially erectile dysfunction in men, is higher in those with cardiovascular disease (CVD) than in the general population. The PDE-5 inhibitors are widely used in the treatment of erectile dysfunction in men. An important limitation of this drug family is that they should not be used with nitrates, both in regular or in intermitent way. The simultaneously of PDE-5 inhibitors with nitrates could lead to severe hypotension and syncope. In contrast, PDE-5 inhibitors are typically well tolerated with the majority of antihypertensive drugs, presenting just a slight reduction of blood pressure levels.*

**Discussion:** *Sexual activity is related to a moderate hemodynamic stress and increases the risk of heart attack. However, their absolute risk is minimum and can be decreased. Patients with cardiovascular disease should be able to have a normal sex life, not forgetting periodic medical reviews.*

## Introdução

A atividade sexual (AS) é uma componente essencial da qualidade de vida sendo motivo de grande preocupação tanto dos utentes com doença cardiovascular (CV) como dos seus médicos assistentes.

Existe um certo receio de que a AS possa vir a despoletar um evento cardíaco major como o enfarte agudo do miocárdio (EAM), o que pode levar os utentes a uma menor procura ou até mesmo à evicção do ato sexual. Nestes pacientes, devido aos fatores de risco CV presentes, também é bastante comum o surgimento de disfunção sexual, nomeadamente em pacientes do sexo masculino.

A AS que abrange a excitação, ereção, ejaculação, período refratário e resolução, é dependente de alterações do sistema nervoso autónomo (SNA). Nos homens, a excitação sexual e a ereção resultam da estimulação dos nervos parassimpáticos penianos, da redução da atividade do sistema simpático e da libertação de óxido nítrico (ON) do endotélio. Nas mulheres, a excitação sexual resulta, maioritariamente, do sistema nervoso simpático, sendo este componente do SNA responsável pela maior parte do fluxo de saída do sistema CV no momento do ato sexual.

## Objetivos

Com este estudo, pretende-se realizar uma revisão da literatura existente acerca das propriedades da atividade sexual em pacientes com doença cardiovascular estabelecida.

## Metodologia

Revisão clássica baseada na pesquisa bibliográfica de artigos de revisão publicados na última década, em inglês e português, nas bases de dados *Pubmed*, *Cochrane Library* e *UpToDate*, utilizando os termos *MeSH*: *sexual activity* e *cardiovascular disease*.

## Resultados

A perceção de uma sobrecarga do esforço cardíaco associado à AS, foi inicialmente descrita em pacientes com angina estável que, frequentemente, referiam desconforto e dor torácica durante ou imediatamente após o término da relação sexual.

Estudos realizados nas décadas de 50 e 60 em voluntários onde foram monitorizados em laboratório os parâmetros vitais durante o orgasmo, revelaram que a frequência cardíaca (FC) atingiu valores máximos entre os 140 e 180 batimentos por minuto, sendo que foi reportado um aumento médio dos níveis de tensão arterial (TA) de 80/50 mmHg. A frequência respiratória e o volume tidal também registaram aumentos semelhantes aos percecionados durante o exercício físico moderado a intenso. Durante o ato sexual, existe de facto, um aumento da FC e na TA de igual forma que acontece com qualquer forma de exercício físico. Em estudos realizados em “condições de vida real”, onde foi monitorizada a AS de casais nas suas próprias casas, foi registada uma FC média de 117 batimentos por minuto e uma TA média de 162/89 mmHg no momento do clímax.

Em pacientes que apresentem sinais e sintomas pós-

coitais, a toma de terapêutica médica adequada, tais como beta-bloqueadores ou nitratos sub-linguais usados de forma profilática, podem ajudar a prevenir a sintomatologia nestes pacientes e proporcionar uma vida sexual normal.

Com vista a determinar o risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) pós-coito, foram realizados vários estudos *case-crossover* com resultados semelhantes. Demonstraram que a AS pode ser considerada um *trigger* para EAM, mas de forma transitória. Ou seja, como a AS é um *trigger* temporário que aumenta o risco por um período de cerca de 2 horas, o seu risco absoluto é mínimo. Baseado nestes estudos, um homem de 50 anos sem doença ou fatores de risco CV estabelecidos com um risco basal anual de EAM de 1%, ao adicionar AS semanal, o seu risco passa para 1,01%. Num utente que possuía alto risco para EAM de 10%, apenas aumentará para 10,1% devido à AS semanal. Estes estudos foram também consensuais no que respeita ao efeito protetor do exercício físico, sendo que a prática regular de atividade física reduz o risco de desenvolver EAM pós-coito.

O desempenho sexual é um importante componente de qualidade de vida e bem-estar. A prevalência de disfunção sexual, nomeadamente a disfunção erétil (DE) nos homens, é maior naqueles que possuem doença CV estabelecida do que na população em geral. Para além das medidas não farmacológicas já conhecidas como uma dieta equilibrada, a cessação tabágica, a diminuição de consumos de bebidas alcoólicas e a atividade física regular, poderá ser necessário recorrer a medidas farmacológicas. Os inibidores da fosfodiesterase 5 (iPDE-5) são globalmente utilizados no tratamento da DE. Estes fármacos possuem um efeito vaso-dilatador e podem levar a uma diminuição dos níveis de TA de cerca de 8mmHg. Uma importante limitação desta classe farmacológica é a sua contra-indicação em pacientes que tomam nitratos, seja de forma regular ou intermitente. A toma simultânea de iPDE-5 e nitratos pode conduzir a um estado de hipotensão grave ou síncope. Em contraste, os iPDE-5 são tipicamente bem tolerados e seguros quando tomados concomitantemente com outras classes de anti-hipertensores (inibidores da enzima de conversão da angiotensina, antagonistas dos recetores da angiotensina II, bloqueadores de canais de cálcio, betabloqueadores e diuréticos), apresentando apenas uma redução mínima da PA.

## Discussão

A AS está associada a um stress hemodinâmico moderado e aumenta o risco de EAM. Contudo, o seu risco absoluto é mínimo e pode ser minimizado com atividade física regular ou medicação. Os pacientes com doença CV deverão estar aptos a uma vida sexual normal, desde que devidamente acompanhados e aconselhados pelo seu médico assistente.

## Bibliografia

- Rampin O, Giuliano F. Central control of the cardiovascular and erection systems: possible mechanisms and interactions. *Am J Cardiol* 2000; 86:19F.
- Meston CM. Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal. *Am J Cardiol* 2000; 86:30F.
- Masters, WH, Johnson, VE. Human sexual response, Little, Brown, and Co, Boston 1966.
- Möller J, Ahlbom A, Hulting J, et al. Sexual activity as a trigger of myocardial infarction. A case-crossover analysis in the Stockholm Heart Epidemiology Programme (SHEEP). *Heart* 2001; 86:387.
- Albert CM, Mittleman MA, Chae CU, et al. Triggering of sudden death from cardiac causes by vigorous exertion. *N Engl J Med* 2000; 343:1355.
- Shufelt C L Pacheco, C Tweet, M S Miller, V M 2018 Sex Specific Physiology and Cardiovascular Disease Advances in experimental medicine and biology 1065 433 454.
- Colafella K Denton, K M 2018 Sex specific differences in hypertension and associated cardiovascular disease Nature reviews Nephrology 14 3 185 201
- Kloner RA. Cardiovascular effects of the 3 phosphodiesterase-5 inhibitors approved for the treatment of erectile dysfunction. *Circulation* 2004; 110:3149.
- Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125:1058.

# A IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA MÉDICA – UM CASO DE SÍNDROME DE ROUBO DA SUBCLÁVIA

## THE IMPORTANCE OF MEDICAL SEMIOLOGY – A CASE OF SUBCLAVIAN STEAL SYNDROME

João R. Nunes Pires<sup>1</sup>, Raquel Baptista Leite<sup>1</sup>, Catarina Moita<sup>1</sup>, Ana Sofia R. Silva<sup>1</sup>, Violeta Florova<sup>2</sup>

1- Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho de Alcabideche, ACeS Cascais

2- Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF São Martinho de Alcabideche, ACeS Cascais

Autor correspondente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4291-3022>

E-mail: [joaorpiresmd@gmail.com](mailto:joaorpiresmd@gmail.com)

Endereço: Rua Rio das Grades, piso 0, Centro de Saúde de Alcabideche, 2645-559 Alcabideche

<https://doi.org/10.58043/rphrc.71>

### Resumo

A síndrome de roubo da subclávia resulta da reversão do fluxo na artéria vertebral em consequência de uma estenose/oclusão hemodinamicamente significativa do segmento pré-vertebral da artéria subclávia. É relativamente raro (prevalência europeia estimada de 1.3%), em grande parte devido ao subdiagnóstico. Além das manifestações sensitivo-motoras do membro afetado, as principais complicações incluem insuficiência vertebro-basilar e isquemia cerebral transitória.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 61 anos, aparentemente assintomática, que vem a consulta de vigilância. Por se tratar do primeiro contacto entre médico/doente, é realizada medição da tensão arterial (TA) em ambos os membros superiores (MS), verificando-se diferencial entre o esquerdo (MSE) e o direito (MSD) superior a 15 mmHg (TA MSE 147/94 mmHg e TA MSD 120/83 mmHg), mantido após medições seriadas. Foi também objetivada a ausência de pulsos palpáveis no MSD, palpando-se pulsos radial e umeral amplos, rítmicos e regulares no MSE. Não apresentava outros achados no exame objetivo, nomeadamente ao nível do índice tornozelo-braço ou dos pulsos dos membros inferiores. Referiu ter suspenso a terapêutica anti-hipertensiva há cerca de ano e meio por aparente má tolerância, mas revelando aparente controlo tensional sem qualquer medicação durante as medições tensionais no domicílio, exclusivamente no MSD. Foi reintroduzida terapêutica anti-hipertensiva em monoterapia na dose mínima necessária e solicitada ecografia com estudo doppler arterial dos MS e carotídeo. Posteriormente, objetivou-se uma normalização tensional no MSE com boa tolerabilidade ao anti-hipertensor instituído, embora mantido o diferencial entre membros. Quando novamente questionada sobre sintomatologia prévia, a doente recorda parestesias matinais esporádicas, mas recorrentes e localizadas ao MSD, que associava a compressão durante o sono. Dos exames realizados, foi detetada a “inversão do fluxo na artéria vertebral direita e franca redução do fluxo na artéria subclávia direita, sugestivo de estenose do tronco arterial braquiocéfálico com síndrome do roubo completo da subclávia (...) e presença de insuficiência arterial com curvas velocidade bifásicas em todos os eixos arteriais do MSD”. Foi referenciada a consulta de Cirurgia Vascular, onde foi iniciada antiagregação plaquetária e solicitada angio-TC que confirmou o diagnóstico. Por agravamento das parestesias e surgimento de parestesias do mesmo membro, foi proposta para cateterismo, que decorreu sem intercorrências. Após a intervenção, a doente deixou de apresentar sintomas ou diferencial tensional entre MS.

Este caso reforça a importância de uma anamnese completa, sustentada por uma comunicação efetiva, e de um exame objetivo dirigido mas metódico, pilares da semiologia médica, na deteção precoce de entidades nosológicas com potencial impacto na qualidade de vida dos doentes, evitando uma investigação subsequente exaustiva e desnecessária. A escuta ativa e reflexiva do doente sobre a sua condição, queixa ou preocupação conduz a verdadeiras “pistas” para a formulação de hipóteses diagnósticas, espere esse que se estreita quando as melhores práticas de exame objetivo médico são respeitadas.

### Palavras-chave:

Hipertensão arterial;  
Síndrome de Roubo da Subclávia.

### Abstract

Subclavian steal syndrome results from flow's reversal in the vertebral artery as a result of hemodynamically significant stenosis/occlusion of the subclavian artery's prevertebral segment. It is relatively rare (estimated european prevalence 1.3%), largely due to underdiagnosis. In addition to the sensory and motor manifestations of the affected limb, the main complications include vertebrobasilar insufficiency and transient cerebral ischemia.

We present a case of an apparently asymptomatic 61-year-old woman, who came to the surveillance consultation. As this is the first contact between doctor/patient, blood pressure (BP) is measured in both upper extremities (UE), with a difference between the left (LUE) and right (RUE) upper extremities greater than 15 mmHg (BP LUE 147/94 mmHg and BP RUE 120/83 mmHg), maintained after serial measurements. Palpable pulses in the RUE were absent, despite of broad, rhythmic and regular radial and humeral pulses in the LUE. There were no other findings on examination, namely in the ankle-arm index and the pulses of the lower limbs. She reported having suspended the antihypertensive therapy about a year and a half ago due to poor tolerability, but revealing





*apparent BP control without any medication during the measurements that she habitually took at home exclusively in the RUE. Monotherapy antihypertensive therapy was reintroduced at the minimum necessary dose and an ultrasound with UE and carotid arterial Doppler study was requested. Subsequently, BP normalization was verified in the LUE with good tolerability to the antihypertensive, but the differential between UE remained. When questioned again about previous symptoms, the patient recalls sporadic morning paresthesias, but recurrent and localized to the RUE, which she associated with compression during sleep. The tests performed detected an “inversion of flow in the right vertebral artery and a marked reduction in flow in the right subclavian artery were detected, suggestive of stenosis of the brachiocephalic arterial trunk with complete subclavian steal syndrome (...) and the presence of arterial insufficiency with velocity curves biphasic in all RUE arterial axes”. She was referred to a Vascular Surgery consultation, where platelet antiaggregation was started and CT angiography was requested, which confirmed the diagnosis. Due to the paresthesias’ worsening and onset of paresis in the same limb, she was proposed for catheterization, which was performed successfully. After the intervention, the patient no longer showed symptoms or BP differential between UE.*

*This case reinforces the importance of a complete anamnesis, supported by effective communication, and a targeted but meticulous examination, the pillars of medical semiology, for early detection of nosological entities with potential impact on the quality of life of patients, avoiding an exhausting and unnecessary investigation. Active and reflective listening to the patient about his condition, complaint or concern leads to real “clues” for the diagnostic hypotheses, a spectrum that narrows when the best practices related to the medical examination are respected.*

**Keywords:**

Arterial hypertension;  
Subclavian Steal  
Syndrome.

**Introdução**

O fenómeno de roubo da subclávia, descrito pela primeira vez por Cantorni em 1960, consiste na reversão do fluxo na artéria vertebral em consequência de uma estenose ou oclusão ipsilateral e hemodinamicamente significativa do segmento pré-vertebral da artéria subclávia que comprometa a perfusão distal da artéria mamária interna, artéria vertebral ou artéria axilar. À medida que o grau de estenose progride, a pressão a jusante vai diminuindo progressivamente até que se torna inferior à pressão transmitida pela artéria vertebral contralateral (não comprometida) através da artéria basilar ou carótida interna (pelo polígono de Willis e artéria basilar), favorecendo o fluxo retrógrado vertebral. Quando esta estenose é superior a 50%, a quase totalidade dos doentes (>90%) terão uma inversão intermitente ou contínua de fluxo na artéria vertebral.<sup>1</sup>

É relativamente raro, em grande parte devido ao seu subdiagnóstico, com uma prevalência europeia estimada de 1,3%, embora até um terço dos doentes com doença arterial periférica documentada possam apresentar estenose da subclávia.<sup>2-4</sup> Ocorre mais frequentemente no sexo masculino e na artéria subclávia esquerda (>75%).<sup>5</sup> A aterosclerose é a causa mais comum deste fenómeno. Outras causas menos frequentes incluem iatrogenia (após intervenção cirúrgica da coartação da aorta ou Tetralogia de Fallot), vasculite de grandes artérias (como Arterite de Takayasu), anormalidades congénitas, entre outras.<sup>1</sup>

É frequentemente assintomático, designando-se síndrome do roubo da subclávia quando existem sintomas

de insuficiência arterial, sobretudo durante o exercício físico ou na presença de uma fistula arteriovenosa. Os sintomas mais comuns são claudicação (dor ou fraqueza com o esforço), parestesias, arrefecimento ou palidez do membro superior ipsilateral. Mais raramente, pode estar relacionado com insuficiência vertebro-basilar (perda de equilíbrio, ataxia, tonturas, cefaleia, diplopia, nistagmo, zumbido ou perda da acuidade auditiva) e isquemia cerebral transitória, ou com fenómeno de roubo coronário, em doentes submetidos a revascularização do miocárdio com recurso a enxerto de artéria mamária interna.<sup>1,2,7</sup>

A ecografia com estudo Doppler parece ser mais sensível do que a angiografia convencional para diagnosticar o fluxo retrógrado na artéria vertebral. Angio-TC ou angio-RMN podem ser úteis no caso da ecografia ser inconclusiva, da etiologia ser incerta ou na preparação da intervenção cirúrgica.<sup>1</sup>

A estenose da artéria subclávia, mesmo assintomática, está associada a um aumento de morbimortalidade, sendo considerado um marcador de risco cardiovascular, sobretudo relacionado com a carga de doença aterosclerótica subjacente. Assim, favorece a implementação de medidas de prevenção secundária mais rigorosas, incluindo aspirina, inibidor da enzima de conversão da angiotensina, estatina e beta-bloqueante, conforme necessidade e tolerabilidade.<sup>1,8</sup> Se diagnosticada de forma accidental, em doente assintomático, raramente requer revascularização. No caso de sintomas ligeiros, habitualmente a terapêutica médica é suficiente para melhoria sintomática. Já na presença de sintomas

moderados-graves, a revascularização é geralmente necessária, via percutânea ou cirúrgica, esta última destinada a lesões mais extensas ou distais. A angioplastia com balão apresenta uma taxa de sucesso acima de 90%, com manutenção de permeabilidade em 5 anos de 85%.<sup>9</sup> Doentes com contra-indicação para abordagem cirúrgica ou anatomia desfavorável à via percutânea podem ser tratados com terapêutica antiplaquetária e estratégias gerais de prevenção cardiovascular.<sup>1</sup>

### Descrição do caso

Doente do sexo feminino, 61 anos, leucodérmica, autónoma nas AVD, administrativa. Dos antecedentes pessoais destacam-se: hipertensão arterial essencial estadio I (diagnosticada há 15 anos), diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada, dislipidemia, perturbação depressiva, obesidade grau I. Medicação habitual: telmisartan+hidroclorotiazida 40+12.5mg id, metformina 700mg id, atorvastatina+ezetimiba 40+10mg id, paroxetina 20mg id. Desconhece alergias medicamentosas. Sem hábitos tabágicos, etílicos ou toxifílicos.

Em consulta de rotina, doente apresentava-se assintomática porém, e uma vez que se tratava do primeiro contacto entre médico e doente, na medição da tensão arterial (TA) em ambos os membros superiores (MS) verificou-se um diferencial entre membro superior esquerdo (MSE) e direito (MSD) superior a 15 mmHg (TA MSE 147/94 mmHg e TA MSD 120/83 mmHg), mantido após medições seriadas, e ausência de pulsos palpáveis no MSD, objetivando-se pulsos radial e umeral amplos, rítmicos e regulares no MSE. Sem outros achados ao exame objetivo, nomeadamente alterações tróficas, térmicas ou neurológicas, auscultação cardíaca, axilar e interescapular inocentes, um índice tornozelo-braço de 0,95 e pulsos femorais simétricos, regulares e amplos. Quando informada acerca destes achados, referiu ter suspenso a terapêutica anti-hipertensora há cerca de ano e meio por aparente má tolerância, revelando que era no MSD que fazia habitualmente as medições tensionais no domicílio, o que justificava o aparente controlo tensional sem qualquer medicação. Foi reintroduzida terapêutica anti-hipertensora, com perindopril 5mg id para titulação conforme tolerabilidade, e solicitados tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-

pélvica, ecografia com estudo doppler arterial dos MS, MI e carotídeo, bem como medição ambulatória da TA. Em consulta subsequente de reavaliação, objetivou-se uma normalização tensional no MSE, com boa tolerabilidade, embora mantida a acentuada diferença entre membros (TA MSE 125/87 mmHg e TA MSD 101/65 mmHg). Quando novamente questionada sobre sintomatologia prévia, doente refere parestesias matinais esporádicas mas recorrentes do MSD, que associava a posição que adotava enquanto dormia e recorda episódio há cerca de seis anos de cefaleia, tontura e disartria súbita, que reverteu espontaneamente em menos de 5 minutos, que havia sido diagnosticado como Acidente Isquémico Transitório (AIT). Apresentou relatório de ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) realizada na mesma altura que revelava “discretos focos de hiperintensidade com expressão nas sequências de TR longo dispersos pela substância branca cerebral frontal bilateral justacortical, inespecíficos, de provável natureza vascular isquémica crónica microangiopática, coexistindo discreta alteração de sinal protuberancial posterior bilateral, enquadrável no mesmo contexto”, sem quaisquer outras alterações assinaláveis.

Dos exames realizados, foi detetada a “presença de inversão do fluxo na artéria vertebral direita e franca redução do fluxo na artéria subclávia direita, aspetos sugestivos de estenose do tronco arterial braquiocefálico com síndrome do roubo completo da subclávia; presença de insuficiência arterial no membro superior direito com curvas velocidade bifásicas nas artérias axilar, braquial, radial e cubital direitas.” Não apresentava outras alterações de relevo, nomeadamente vasculares noutros segmentos anatómicos nas TC realizadas.

A doente foi referenciada a Cirurgia Vascular e cerca de 2 meses depois, teve consulta da especialidade no Hospital de Santa Maria de Lisboa onde referia parestesias cada vez mais recorrentes do MSD associadas agora a palidez e arrefecimento transitórios, tendo sido medicada com ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg id e solicitada angio-TC, que revelou uma “estenose de 70% da subclávia direita desde a origem do tronco arterial braquiocefálico (TABC), com 3 cm de extensão”. Em consulta de reavaliação, a doente mantinha arrefecimento e parestesias do MSD, referindo episódios de claudicação e diminuição de força ipsilaterais – “chego a deixar cair os



sacos de compras mais pesados” (sic). Foi então proposta para recanalização e angioplastia do segmento pré-vertebral da subclávia direita, que realizou sob anestesia geral e por acesso umeral direito cirúrgico e femoral percutâneo direito, com colocação de stent coberto expansível por balão (Atrium Advanta 7x22), insuflado simultaneamente à insuflação de balão na artéria carótida comum e TABC por via femoral para proteção neurológica, tendo o procedimento decorrido sem intercorrências e com confirmação da permeabilidade dos eixos arteriais em angio-TC de controlo pós-operatória. A doente manteve-se hemodinamicamente estável, sem diferencial tensional entre MS, com MSD quente e pulso radial direito palpável, tendo tido alta hospitalar no dia seguinte à intervenção sem quaisquer queixas e ficando medicada com AAS 100mg id e clopidogrel 75mg id durante um período mínimo de 6 meses.

Uma semana depois, em consulta de reavaliação com o Médico assistente, a doente mantinha-se assintomática e apresentava uma TA MSE 133/82 mmHg, TA MSD 133/84 mmHg, bem como pulsos radiais simétricos, rítmicos e regulares.

### Comentário/discussão

Este caso reforça a importância de uma anamnese completa, sustentada por uma comunicação efetiva, e de um exame objetivo dirigido mas metucioso, pilares da semiologia médica, na deteção precoce de entidades nosológicas com potencial impacto na qualidade de vida dos doentes, evitando uma investigação subsequente exaustiva e desnecessária.

Neste caso concreto, a medição da TA em ambos os membros, principalmente por se tratar de um primeiro contacto entre médico e doente, revelou-se crucial na identificação de um diferencial tensional significativo que motivou a marcha diagnóstica dirigida.

A doente apresentava um episódio prévio compatível com AIT, corroborado com os aspetos referidos na RM-CE realizada, o que se enquadra numa das principais complicações deste síndrome, resultado do fluxo retrógrado arterial vertebral.

O facto da doente referir intolerância à terapêutica anti-hipertensora instituída na passado, que motivou a descontinuação da mesma por iniciativa própria, sem que daí resultasse destabilização dos valores

tensionais objetivados no domicílio (isto porque o esfigmomanómetro digital era constantemente colocado no MSD) foi também um dado na anamnese que levantou suspeita e consequente investigação, o que reforça a importância de ouvir e registar tudo o que o doente partilha em consulta no que à gestão e seguimento das suas comorbilidades diz respeito.

A escuta ativa e reflexiva do doente sobre a sua condição, queixa ou preocupação conduz a verdadeiras “pistas” para a formulação de hipóteses diagnósticas, espetro esse que se estreita quando as melhores práticas de exame objetivo médico são respeitadas.

### Bibliografia

- 1- Potter, B., Pinto, D. Subclavian Steal Syndrome. *Circulation* 2014; 129:2320–2323
- 2- Granito, S., Azevedo, I. Atherosclerosis – apropos of a subclavian steal phenomenon. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* 2011; volume 18, número 1.
- 3- Saha T., Naqvi SY. Subclavian Artery Disease: Diagnosis and Therapy. *The American Journal of Medicine* 2017; 130(4):409.
- 4- Gutierrez GR., Mahrer P. Prevalence of subclavian artery stenosis in patients with peripheral vascular disease. *Angiology* 2001; 52(3):189.
- 5- Labropoulos N., Nandivada P. Prevalence and impact of the subclavian steal syndrome. *Annals of Surgery* 2010; 252(1):166.
- 6- Shadman R., Criqui MH. Subclavian artery stenosis: prevalence, risk factors, and association with cardiovascular diseases. *Journal of the American College of Cardiology* 2004; 44(3):618-23.
- 7- Cua B., Mamdani N. Review of coronary subclavian steal syndrome. *Journal of Cardiology* 2017; 70(5):432.
- 8- Clark, C., Taylor, R. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379:905–914.
- 9- Wang K., Wang Z. Long-term results of endovascular therapy for proximal subclavian arterial obstructive lesions. *Chinese Medical Journal* 2010; 3:45–50.
- 10- Rockman, C. The Vertebral Artery in the Vascular Lab: What Does It Mean? New York University Langone Medical Center

## JOVEM A RITMO LENTO!

### YOUNG AT A SLOW PACE!

Gabriela Peixoto Martins ([gabrielafpmartins@gmail.com](mailto:gabrielafpmartins@gmail.com)), interna de Medicina Geral e Familiar, USF Nós e Vós Saúde  
José Pedro Liberal, interno de Medicina Geral e Familiar, USF Santa Maria  
Davide Teixeira, interno de Medicina Geral e Familiar, USF Nós e Vós Saúde  
Rafael Lopes da Cunha, interno de Medicina Geral e Familiar, USF São Lourenço

<https://doi.org/10.58043/rpbrc.72>

#### Resumo

A bradicardia é definida como uma Frequência Cardíaca (FC) inferior a 60 batimentos por minuto (bpm). Na maioria dos jovens a bradicardia é sinusal e corresponde a uma resposta fisiológica.

Uma jovem, de 22 anos sem antecedentes pessoais de relevo, pai com enfarte agudo do miocárdio aos 40 anos, tio materno com morte súbita aos 50 anos, recorre à consulta do seu médico assistente por apresentar FC baixas sem sintomatologia associada. Ao exame físico apresentava FC de 45 bpm, sem outras alterações de relevo. Em ECG solicitado detetou-se: "Ritmo sinusal, com períodos de Bloqueio Aurículo-ventricular (BAV) 2:1 e BAV completo. FC média 46 bpm". Atendendo aos achados a doente foi referenciada para o serviço de urgência de cardiologia do Hospital de referência tendo ficado internada para estudo. À data da alta, foi orientada para a consulta de arritmologia, tendo realizado ressonância magnética cardíaca e estudo genético que não revelaram alterações de relevo. Atendendo à idade, e ao facto da doente não ter qualquer sintoma, a decisão terapêutica não foi linear. Considerando também o potencial risco iatrogénico e morbilidade associados com os dispositivos cardíacos em idade tão jovem optou-se por vigilância clínica e eletrocardiográfica.

#### Abstract

Bradycardia is defined as a Heart Rate (HR) of less than 60 beats per minute (bpm). In most young people, bradycardia is sinus and corresponds to a physiological response.

A young woman, 22 years old, with no relevant personal history, a father with an acute myocardial infarction at age 40, maternal uncle with sudden death at age 50, seeks consultation with her attending physician because she has low HR without associated symptoms. On physical examination, the patient's heart rate was 45 bpm, with no other significant alterations. A requested ECG detected: "Sinus rhythm, with periods of Atrioventricular Block (AVB) 2:1 and complete AVB. Average HR 46 bpm". In view of the findings, the patient was referred to the cardiology emergency department of the reference hospital, having been hospitalized for study. On the date of discharge, the patient was referred to an arrhythmology consultation, having undergone cardiac magnetic resonance imaging and a genetic study which did not reveal any significant alterations. Due to her age and lack of symptoms, it wasn't easy to make a therapeutic decision. As a result of the potential iatrogenic risk and morbidity associated with cardiac devices at such a young age, clinical and electrocardiographic surveillance was chosen.

#### Palavras-chave:

Bradycardia, Bloqueio aurículoventricular completo, Bloqueio aurículoventricular 2:1

#### Keywords:

Bradycardia, Complete atrioventricular block, 2:1 Atrioventricular block

#### Enquadramento

A bradicardia é definida como uma Frequência Cardíaca (FC) inferior a 60 batimentos por minuto (bpm).<sup>(1)</sup> Na maioria dos jovens a bradicardia é sinusal e corresponde a uma resposta fisiológica.<sup>(2)</sup>

Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC), qualquer doente suspeito de ter uma bradiarritmia deve ser submetido a uma avaliação inicial que inclui uma história clínica cuidada, um exame físico adequado, um eletrocardiograma (ECG), e um ecocardiograma. Existem ainda um conjunto de exames complementares de diagnóstico que podem ser solicitados tendo em conta o doente e a sua história. Como exemplo temos o caso

do *Holter*, uma vez que nem sempre as bradiarritmias são permanentes e podem não ser detetadas com um ECG. Nestas situações, é ainda importante relacionar a clínica com as alterações de ritmo registadas. A prova de esforço tem indicação nos doentes que apresentam sintomas durante o exercício. O estudo analítico é fundamental para complementar o estudo da bradiarritmia com: função tiroideia, pesquisa da doença de *Lyme*, ionograma com cálcio e alterações de pH, para tentar identificar e tratar as causas reversíveis. O teste genético tem interesse em doentes jovens, com idade inferior a 50 anos, e BAV completo ou quando existe uma história familiar de cardiomiopatia. A polissonografia é um exame





importante quando há suspeita de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Apesar de uma bradicardia sinusal ser normal durante o sono, os doentes com SAOS fazem apneias que condicionam uma hipoxemia tal que pode originar bradicardias graves. Por isso a sua deteção e tratamento é fundamental, e muitas vezes suficiente, para resolver o problema.<sup>(3)</sup>

### Descrição do caso clínico:

Mulher de 22 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, com história familiar de morte súbita. Recorreu à consulta por apresentar frequências cardíacas baixas, detetadas em consulta de enfermagem e em avaliações de ambulatório. Totalmente assintomática, negava história de síncope, tonturas/vertigens, palpitações ou outras queixas, mesmo com a prática de exercício físico que realizava três vezes por semana, em sessões de treino de ginásio de 1 hora. De medicação habitual tomava apenas o contraceptivo oral combinado e não apresentava qualquer alergia medicamentosa ou outras conhecidas. De antecedentes familiares de relevo destacou: pai com enfarte agudo do miocárdio aos 40 anos e tio materno com morte súbita aos 50 anos. Negou qualquer tipo de dispositivo cardíaco implantável em familiares. Ao exame físico apresentou uma frequência cardíaca de 45 bpm, sem outras alterações de relevo.

Atendendo aos antecedentes familiares foram solicitados os seguintes meios complementares de diagnóstico: estudo analítico com função tiroideia e ionograma, ECG, ecocardiograma e *Holter*.

Do estudo analítico não se verificaram alterações de relevo, tal como no ecocardiograma. No relatório do ECG identificou-se um ritmo sinusal, com períodos de Bloqueio Auriculoventricular (BAV) 2:1 e BAV completo. FC média 46 bpm. O relatório do *Holter* identificou um ritmo sinusal, FC variando entre 31-93 bpm, FC média 44 bpm e um BAV 2º grau 2:1 alterando com períodos de BAV completo durante todo o registo, não condicionando pausas significativas ou sintomas.

Atendendo ao BAV completo identificado a doente foi referenciada para o serviço de urgência do Hospital de referência – Serviço de Cardiologia. Ficou internada durante 2 dias no serviço de Cardiologia, para estudo, onde realizou um ecocardiograma descrito como sem alterações. Realizou prova de esforço: ECG basal em

BAV completo. Evoluiu precocemente no esforço para BAV 2:1, que manteve durante toda a prova; tempo de exercício 10 minutos, sem sintomas, mantendo mesmo padrão até aos 3 minutos de recuperação. Atingiu máximo de FC de 117 bpm (59% de 198 bpm). Sem outras alterações de relevo.

À data de alta foi orientada para consulta de arritmologia com pedido de Ressonância Magnética (RM) cardíaca e estudo genético. A RM cardíaca objetivou uma função sistólica global normal sem qualquer tipo de alteração cardíaca. O relatório sumário do estudo genético revelou ausência de variantes classificadas como patogénicas.

A doente, atendendo à sua idade e ausência de sintomatologia, continua sob vigilância clínica e electrocardiográfica.

### Discussão

No caso de uma bradicardia persistente associada a doença, podemos estar perante uma doença do nó sinusal, em que este se torna incapaz de gerar uma frequência cardíaca que vai de encontro às necessidades do indivíduo, ou podemos ter doença do nó AV com um BAV.

Os BAV podem manifestar-se apenas como um atraso da passagem do impulso da aurícula para o ventrículo, BAV de 1.º grau; a não passagem de alguns impulsos, BAV de 2.º grau, durante o qual pode existir um atraso progressivamente maior na condução AV até que a condução do impulso da aurícula para o ventrículo falha, neste caso estamos perante um BAV de 2.º grau Mobitz I, ou pode existir uma falha da condução AV súbita, que corresponde ao BAV de 2.º grau Mobitz II; ou finalmente a incapacidade total de passagem do impulso das aurículas para os ventrículos, com dissociação AV, BAV 3.º grau ou completo. Na maioria dos casos o BAV é idiopático, no entanto, pode ser secundário, e ter origem na doença cardíaca isquémica, em procedimentos como a cirurgia cardíaca, na hipercalemia, no hipo e hipertiroidismo e na iatrogenia causada por fármacos como os beta-bloqueadores e a digoxina.

Como referido acima, os BAV podem ser de 1.º, de 2.º ou de 3.º grau. No caso clínico apresentado a doente apresentava um BAV 2:1, em que surgem duas ondas p para um QRS. Este bloqueio corresponde a um BAV de 2.º grau, no entanto, não conseguimos ver se o intervalo

pr aumenta ou não, denominando-se assim de bloqueio 2 para 1. A par do BAV 2:1 apresentava também períodos de BAV de 3.º grau, em que nenhum impulso era conduzido das aurículas para os ventrículos. Nestes casos, quase todos os doentes têm sintomas e em termos eletrocardiográficos o que acontece é uma dissociação aurículo-ventricular.

O tratamento preconizado, para a maioria dos doentes com os BAV de 3.º grau, segundo a SEC, consiste na colocação de um *pacemaker* permanente (classe I), já que este tipo de bloqueio acarreta risco de morte

súbita.<sup>(3)</sup> Contudo, nos doentes jovens a decisão não é linear, considerando o risco de potencial iatrogenia e morbidade associado à colocação destes dispositivos cardíacos em idade tão jovem. Por esse motivo, e por se encontrar assintomática, optou-se por manter a jovem em vigilância clínica e eletrocardiográfica.

Este caso clínico ilustra a importância de um exame físico cuidado mesmo nos doentes jovens assintomáticos e realça ainda a importância da história familiar e a necessidade de valorizar a história familiar de morte súbita.

### **Bibliografia:**

1. Césari O, Crocq C. [Managing bradycardia in adults]. *Rev Prat.* 2007;57(1):5-20.
2. Sidhu S, Marine JE. Evaluating and managing bradycardia. *Trends Cardiovasc Med.* 2020;30(5):265-72.
3. Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, Michowitz Y, Auricchio A, Barbash IM, et al. [2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA)]. *G Ital Cardiol (Rome).* 2022;23(7 Suppl 1):e1-e94.