

Ambulatory blood pressure phenotypes and isolated elevation of office central or brachial blood pressure

Feitosa ADM, Paiva AMG, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Sposito AC, Nadruz W Jr. Ambulatory blood pressure phenotypes and isolated elevation of office central or brachial blood pressure. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020 Oct;22(10):1936-1940. <https://doi.org/10.1111/jch.14012>. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32852881; PMCID: PMC8029702

Esse estudo teve como objetivo investigar a relação de elevações isoladas da pressão arterial (PA) braquial ou central com os fenótipos da PA ambulatorial.

Discordâncias na PA braquial e central medidas no consultório resultaram na identificação de novos fenótipos de hipertensão, denominadas hipertensão central isolada (HIC) e hipertensão braquial isolada (HIB), mas o significado clínico destes fenótipos não está estabelecido.

O estudo avaliou uma população de 753 indivíduos com idade ≥ 18 anos, 48% do sexo masculino, idade média de $47,6 \pm 15,2$ anos, divididos em 316 (42%), 114 (15%), 71 (9%) e 252 (34%) participantes com normotensão, jaleco branco hipertensão, hipertensão mascarada e hipertensão sustentada, respectivamente. Além de pacientes hipertensos, foram incluídos também diabéticos e dislipidêmicos. Os pacientes foram submetidos a medidas de PA braquial e central de consultório. Foram realizadas 3 leituras de PA braquial e central, com paciente da posição sentada, após 5 minutos de repouso. A MAPA realizou leituras de 24 horas obtidas em intervalos de 30 minutos e foi realizada no mesmo dia das medidas de PA no consultório.

Os fenótipos de PA ambulatorial foram definidos como normotensão (PAS braquial de consultório < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, e PAS braquial de consultório 24 horas < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg), hipertensão do avental branco (PAS braquial de consultório ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, e PAS braquial de 24 horas < 130 mmHg e PAD < 80 mmHg), hipertensão mascarada (PAS braquial de consultório < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, e PAS braquial de 24 horas ≥ 130 mmHg ou PAD ≥ 80 mmHg) e hipertensão sustentada (PAS braquial de consultório ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg e PAS braquial de 24 horas ≥ 130 mmHg ou PAD ≥ 80 mmHg).

O principal achado do presente estudo foi que HIB e HIC estavam associados a maior risco de avental branco e hipertensão mascarada, respectivamente.

A associação entre HIB e hipertensão do avental branco demonstrada, sugere uma alta prevalência tanto de níveis normais de PA central quanto de hipertensão do avental branco entre jovens hipertensos e demonstra ainda que essa relação não se restringe a indivíduos mais jovens. Também podemos observar, que a associação do HIB com o efeito da PA do avental branco indica que o aumento do impulso simpático também poderia desempenhar um papel na elevação isolada da PA braquial no consultório.

Em conclusão, o presente estudo mostrou que HIB e HIC estavam associados a maior risco de jaleco branco e hipertensão mascarada, respectivamente, sugerindo que divergências na PA braquial e central podem ser úteis na identificação de indivíduos com maior risco de apresentar fenótipos de PA ambulatorial.

Impacto clínico:

O tratamento da hipertensão é fundamental para reduzir risco cardiovascular. Esse estudo trouxe a valiosa informação de que para conseguirmos redução dos riscos cardiovasculares é necessário manter os níveis pressóricos dentro das metas preconizadas e para tanto se faz mister conhecer os fenótipos da pressão arterial de consultório.

Através dos fenótipos podemos identificar novos alvos para o controle da pressão arterial de consultório estabelecendo melhores estratégias de tratamento visando a redução do risco residual para os pacientes.

Elizabeth do Espírito Santo Cestário

Cardiologista Especialista SBC/AMB

Profª. Medicina da UNIFEV

Coordenadora Administrativa SOCESP-Regional São José do Rio Preto 2024/2025

Elise Sant'Ana

Cardiologista Especialista SBC/AMB

Título de Especialista em Ecocardiografia SBC

Diretora Administrativa DHA-SOCERJ 2024-2025