

HIPERTRIGLICERIDÉMIA SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SECONDARY HYPERTRIGLYCERIDEMIA: A CASE REPORT

Autores:

Filipe Costa¹, Cátia Neto¹, Rui Guedes²

RESUMO

Introdução: A hipertrigliceridémia é prevalente, estando intimamente relacionada com uma alimentação inadequada e sedentarismo. Contudo, outras etiologias são frequentes e devem ser pesquisadas antes da introdução de terapêutica farmacológica. A anamnese cuidada é fundamental, podendo expor e permitir a correção de causas secundárias de hipertrigliceridémia.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 39 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, excesso de peso e tabagismo, medicado com bisoprolol 5 mg e sinvastatina 20 mg. Recorreu à consulta programada de HTA, trazendo estudo analítico em que a única alteração era uma hipertrigliceridémia de 303 mg/dL (no ano anterior apresentava triglicérides de 163 mg/dL). Na anamnese, doente assintomático, negando alterações dos estilos de vida. Ao exame objetivo, não apresentava alterações significativas, apresentando um índice de massa corporal de 25 kg/m² (na consulta prévia 25,7 kg/m²). Com o objetivo de confirmar a hipertrigliceridémia, foi repetido o estudo analítico após três meses, que revelou triglicérides de 575 mg/dL. Foi realizada a revisão terapêutica, constatando-se que o doente tinha iniciado bisoprolol há um ano, após níveis de triglicérides de 163 mg/dL. Em discussão com o doente, optou-se por descontinuar o bisoprolol e iniciar losartan 50 mg, não tendo sido prescrito fibrato nem alterada a dose de sinvastatina. Foi reavaliado após dois meses, apresentando descida acentuada dos níveis de triglicérides para 175 mg/dL. Doente refere ter mantido os mesmos hábitos de vida, verificando-se peso sobreponível ao da consulta anterior. Nesta consulta decidiu iniciar programa de cessação tabágica e prática regular de atividade física.

Comentário: Alguns fármacos podem provocar hipertrigliceridémia, sendo importante a suspeição clínica da iatrogenia. A avaliação holística do doente permitiu a redução acentuada dos níveis de triglicérides sem a modificação de terapêutica anti-dislipidémica.

Palavras-chave: dislipidemia; hipertrigliceridémia; antagonistas adrenérgicos

Keywords: *dyslipidemia; hypertriglyceridemia; adrenergic beta-antagonists*

INTRODUÇÃO

A hipertrigliceridémia, definida pela presença de níveis de triglicérides superiores ou iguais a 150 mg/dL, atinge cerca de 18% dos adultos em Portugal.^{1,2} A hipertrigliceridémia pode ser definida em três classes: ligeira (entre 150 a 499 mg/dL), moderada (500 a 886 mg/dL) e severa (superior a 886 mg/dL).³

Vários estudos mostram uma relação entre a hipertrigliceridémia e a aterosclerose. Demonstram, ainda, que os níveis elevados de triglicérides estão independentemente associados com o risco aumentado de eventos cardiovasculares.³

A hipertrigliceridémia, um dos subtipos de dislipidemia, pode estar relacionada com a interação entre uma predisposição genética (hipertrigliceridémia primária) e fatores ambientais ou outras doenças (hipertrigliceridémia secundária).

Esta última é frequente e deve ser equacionada e investigada antes da introdução de terapêutica farmacológica. Algumas das causas secundárias de hipertrigliceridémia são: dieta rica em hidratos de carbono simples, consumo de álcool, excesso de peso ou obesidade, diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, doença renal, gravidez e vários fármacos. Destes, destacam-se medicação imunossupressora (como glucocorticóides e ciclosporina), estrogénios orais, tamoxifeno, alguns anti-retrovíricos, retinóides orais e bloqueadores β -adrenérgicos, exceto o carvedilol e o nebivolol.^{3,4} Em relação aos bloqueadores β -adrenérgicos, o seu efeito nos níveis lipídicos depende das suas características farmacológicas intrínsecas e tende a ser mais proeminente em fumadores. Em geral, os bloqueadores β -adrenérgicos podem aumentar modestamente os triglicérides em 20 a 40% e diminuir o colesterol HDL em cerca de 10%, com um efeito reduzido no colesterol total e LDL.⁵

Existem duas potenciais indicações para o tratamento farmacológico com o objetivo de diminuir os níveis de triglicérides: a redução do risco cardiovascular e a prevenção de episódios de pancreatite.^{1,3} A hipertrigliceridémia severa aumenta o risco de pancreatite e, por esta razão, em doentes com níveis de

1. Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São Nicolau, ACES Alto Ave - Guimarães

2. Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar, USF São Nicolau, ACES Alto Ave - Guimarães

triglicerídeos superiores a 886 mg/dL, é recomendável iniciar terapêutica, com o objetivo de reduzir o risco de pancreatite. Raramente está indicado tratar para valores inferiores a 886 mg/dL, uma vez que o risco de pancreatite provocada pela hipertrigliceridemia é baixo. Contudo, em doentes com episódios prévios de pancreatite, o tratamento deve ser considerado, mesmo em casos de hipertrigliceridemias ligeiras. Em relação à primeira indicação, apesar da evidência de ligação entre a hipertrigliceridemia e o risco de eventos cardiovasculares, raramente é iniciada farmacoterapia para baixar o risco cardiovascular, uma vez que não há evidência forte de que o tratamento da hipertrigliceridemia melhore os resultados cardiovasculares. Vários estudos não demonstraram um benefício dos fibratos na redução da mortalidade cardiovascular ou global.³

O objetivo deste caso clínico é alertar para a importância da suspeição e exclusão de causas secundárias de hipertrigliceridemia.

DESCRIÇÃO DO CASO

O caso clínico retrata um doente de 39 anos, sexo masculino, caucasiano, casado, pertencente a família nuclear, na fase IV do ciclo familiar de *Duvall* (genograma representado na figura 1). Apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial (HTA), dislipidemia, excesso de peso e tabagismo, encontrando-se medicado com bisoprolol 5 mg e sinvastatina 20 mg (risco cardiovascular absoluto moderado - 3%).⁶ Recorreu à consulta programada de HTA, trazendo estudo analítico sem alterações, à exceção de hipertrigliceridemia de 303 mg/dL (no ano anterior apresentava triglicerídeos de 163 mg/dL - evolução do perfil lipídico descrito no quadro I). Na anamnese, doente assintomático, negando alterações recentes dos estilos de vida (manteve consumo moderado de álcool: 84 g/semana). Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo, tendo um índice de massa corporal de 25 kg/m² (na consulta prévia 25,7 kg/m² - evolução ponderal apresentada no quadro II). Com o objetivo de confirmar hipertrigliceridemia e confirmar restante perfil lipídico, foram pedidas novas análises e marcada consulta em três meses. Nessa consulta, trouxe estudo analítico que revelou triglicerídeos de 575 mg/dL. Foi então realizada uma revisão terapêutica que revelou o início de bisoprolol no ano anterior (doente com níveis basais de triglicerídeos de 163 mg/dL). Doente foi inicialmente medicado com ramipril 5 mg, contudo apresentou tosse como efeito lateral, tendo sido descontinuado. Uma vez que apresentava HTA e frequências cardíacas a rondar os 100 batimentos por minuto, iniciou-se o bisoprolol 5 mg, que se mostrou efetivo no controlo tensional. Foi explicado ao doente a provável relação do fármaco com a hipertrigliceridemia, tendo-se

optado por descontinuar o bisoprolol (em esquema de desmame durante duas semanas) e iniciar losartan 50 mg, não tendo sido prescrito fibrato nem alterada a dose de sinvastatina. Foi reavaliado em consulta após dois meses, com novo perfil lipídico, apresentando diminuição dos níveis de triglicerídeos para 175 mg/dL (Quadro I) e, ao exame objetivo, frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto. Doente refere ter mantido o mesmo estilo de vida, apresentando peso sobreponível ao da consulta anterior (Quadro II). Nesta consulta foi novamente reforçada a importância da manutenção de um estilo de vida saudável, tendo culminado na entrada do doente no programa de cessação tabágica, atualmente em curso, e no início de atividade física regular.

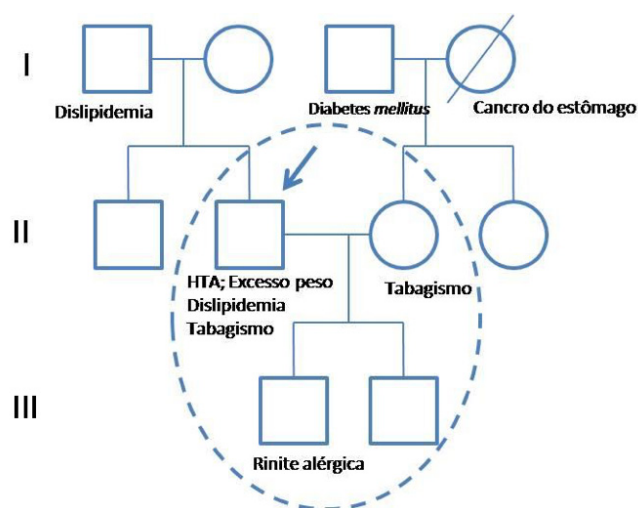


Figura 1. Genograma do doente (data da elaboração: junho 2018)

COMENTÁRIO

A comunidade científica associa a hipertrigliceridemia maioritariamente a hábitos e estilos de vida menos saudáveis. Contudo, é importante também estar alerta para outras potenciais causas secundárias de hipertrigliceridemia. Segundo o Colégio Americano de Cardiologia, em adultos com níveis de triglicerídeos superiores a 500 mg/dL, deve ser realizada a avaliação de causas secundárias de hipertrigliceridemia.³ Este caso clínico retrata uma hipertrigliceridemia associada a um estilo de vida inadequado (doente hipertenso, com dislipidemia, excesso de peso e fumador) e, adicionalmente, secundária a terapêutica farmacológica anti-hipertensora. Os bloqueadores β -adrenérgicos podem ser causa de hipertrigliceridemia e este efeito tende a ser mais importante em doentes fumadores, condição que se verifica neste doente. Por outro lado, outros anti-hipertensores, como os inibidores do eixo renina-angiotensina (neste caso, o losartan) e os antagonistas

dos canais de cálcio, têm pouco ou nenhum efeito nos níveis de triglicerídeos. A elevada suspeição causal foi fundamental neste caso clínico, permitindo a redução acentuada dos níveis de triglicerídeos apenas com a mudança da classe anti-hipertensora. Contudo, é

importante o reforço de hábitos e estilos de vida saudáveis, que foram também incutidos neste doente, e que culminaram na entrada do mesmo no programa de cessação tabágica, que está atualmente em curso.



Quadro I. Evolução do perfil lipídico do doente desde 2014 até à última consulta

	22/03/2014	27/02/2015	24/03/2017	07/03/2018	16/06/2018	05/09/2018
Colesterol total (mg/dL)	228	221	188	176	177	178
Colesterol HDL (mg/dL)	42	42	42	-	32	44
Colesterol LDL (mg/dL)	147,6	146,6	113,4	-	Não calculável	99
Triglicerídeos (mg/dL)	192	162	163	303	575	175

Quadro II. Evolução ponderal desde 2015 até à última consulta

	07/04/2015	27/03/2017	02/05/2018	22/06/2018	11/09/2018
PESO (kg)	90	93	90	87,5	87,5
IMC (kg/m ²)	25,7	26,6	25,7	25	25

Legenda: IMC - índice de massa corporal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Direção-Geral da Saúde. Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Norma nº 019/2011 de 28/09/2011, atualizada em 11/05/2017.
- Mariano C, Antunes M, Rato Q, Bourbon M. *_e_LIPID: caracterização do perfil lipídico da população portuguesa*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Boletim Epidemiológico 2015 [Consultado em 10/10/2018] Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3223/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N14_2015_artigo2.pdf
- Rosenon RS, Kastelein JJP. Hypertriglyceridemia. UpToDate. 2018. [Consultado em 10/10/2018] Disponível em <https://www.uptodate.com>
- Direção-Geral da Saúde. Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias no Adulto. Norma nº 066/2011 de 30/12/2011, atualizada em 26/02/2015.
- Bloch MJ, Basile J. Antihypertensive drugs and lipids. UpToDate. 2018. [consultado em 10/10/2018] Disponível em <https://www.uptodate.com>
- Direção-Geral da Saúde. Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Norma nº 005/2013 de 19/03/2013, atualizada em 21/01/2015

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Filipe Daniel Cunha Costa
filipedanicosta@gmail.com

RECEBIDO: 2 de Novembro de 2018 | ACEITE: 21 de Janeiro de 2018