REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ESCLERODERMIA CUTÂNEA DIAGNOSTICADA NA INVESTIGAÇÃO DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CUTANEOUS SCLERODERMA DIAGNOSED DURING THE INVESTIGATION OF SECONDARY HYPERTENSION IN A YOUNG ADULT: A CASE REPORT IN PRIMARY CARE

ESCLERODERMIA CUTÁNEA DIAGNOSTICADA DURANTE LA INVESTIGACIÓN DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA EN UN ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Caio Willer Brito Gonçalves[1], Lívia Cavalcante de Araújo[2], Fernando Carneiro da Silva[3], Lucas Altino Gonçalves de Oliveira[4], Savio Rocha Levi Ferreira[5], Xozo Ebissuy Neto[5], Lucas Gomes Pereira[5]

e747636
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i4.7636

PUBLICADO: 04/2026

RESUMO

A hipertensão arterial em adultos jovens exige investigação etiológica ampliada quando ocorre na ausência de fatores de risco cardiovasculares tradicionais, dada a maior probabilidade de causas secundárias e sistêmicas nessa faixa etária. Doenças autoimunes podem apresentar comprometimento vascular e manifestações clínicas iniciais inespecíficas, favorecendo atraso diagnóstico na ausência de investigação etiológica inicial. Relata-se o caso de paciente masculino, 21 anos, previamente hígido, que procurou atendimento na Atenção Primária à Saúde por episódios recorrentes de elevação pressórica associados à dor retroesternal. Durante investigação clínica ampliada, foram identificadas lesões cutâneas crônicas progressivas há aproximadamente três anos. A avaliação dermatológica evidenciou lesões hipercrômicas atróficas associadas a nódulos cutâneos, e a biópsia demonstrou esclerose dérmica com infiltrado inflamatório perivascular, compatível com dermatite fibrosante cutânea, sustentando hipótese de esclerodermia cutânea localizada. A investigação laboratorial sistêmica não evidenciou autoanticorpos específicos. Considerando a correlação clínico-histopatológica, foi iniciado tratamento com metotrexato, com seguimento multidisciplinar. O caso demonstra que alterações pressóricas em adultos jovens associadas a manifestações cutâneas persistentes devem motivar investigação para além do eixo cardiovascular. O acompanhamento longitudinal permitiu construção diagnóstica progressiva e definição terapêutica precoce, reforçando o papel da Medicina de Família e Comunidade na identificação inicial de doenças sistêmicas raras.

PALAVRAS-CHAVE: Esclerodermia Localizada. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Arterial hypertension in young adults requires expanded etiologic investigation when it occurs in the absence of traditional cardiovascular risk factors, given the higher likelihood of secondary and systemic causes in this age group. Autoimmune diseases may present with vascular involvement and nonspecific early clinical manifestations, contributing to diagnostic delay when initial etiologic

[1] Médico de Família e Comunidade. Mestrando em Saúde da Família (ProfSaúde/UFT). Universidade Federal do Tocantins (UFT), Gurupi, Tocantins, Brasil.
[2] Médica de Família e Comunidade. Hansenologista. Pós-graduada em Dermatologia (lato sensu). Universidade de Gurupi (UnirG), Gurupi, Tocantins, Brasil.
[3] Médico de Família e Comunidade. Pós-graduando em Endocrinologia. Universidade de Gurupi (UnirG), Gurupi, Tocantins, Brasil.
[4] Médico de Família e Comunidade. Médico do Trabalho. Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), Araguaína, Tocantins, Brasil.
[5] Acadêmico de Medicina. Universidade de Gurupi (UnirG), Gurupi, Tocantins, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

evaluation is not performed. We report the case of a previously healthy 21-year-old male patient who sought care in a primary care setting due to recurrent episodes of elevated blood pressure associated with retrosternal pain. During expanded clinical investigation, progressive chronic cutaneous lesions present for approximately three years were identified. Dermatological evaluation revealed hyperpigmented atrophic lesions associated with cutaneous nodules, and biopsy demonstrated dermal sclerosis with perivascular inflammatory infiltrate, consistent with fibrosing cutaneous dermatitis, supporting the diagnosis of localized cutaneous scleroderma. Systemic laboratory investigation did not reveal specific autoantibodies. Based on clinicopathological correlation, treatment with methotrexate was initiated, with multidisciplinary follow-up. This case demonstrates that blood pressure abnormalities in young adults associated with persistent cutaneous manifestations should prompt investigation beyond the cardiovascular system. Longitudinal follow-up enabled progressive diagnostic clarification and early therapeutic decision-making, reinforcing the role of Family and Community Medicine in the early identification of rare systemic diseases.

KEYWORDS: *Scleroderma. Localized. Hypertension. Primary Health Care.*

RESUMEN
La hipertensión arterial en adultos jóvenes requiere una investigación etiológica ampliada cuando ocurre en ausencia de factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, dada la mayor probabilidad de causas secundarias y sistémicas en este grupo etario. Las enfermedades autoinmunes pueden presentar compromiso vascular y manifestaciones clínicas iniciales inespecíficas, favoreciendo el retraso diagnóstico en ausencia de una investigación etiológica inicial. Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años, previamente sano, que acudió a la Atención Primaria de Salud por episodios recurrentes de elevación de la presión arterial asociados a dolor retroesternal. Durante la investigación clínica ampliada, se identificaron lesiones cutáneas crónicas progresivas presentes desde hacía aproximadamente tres años. La evaluación dermatológica evidenció lesiones hipercromáticas atróficas asociadas a nódulos cutáneos, y la biopsia demostró esclerosis dérmica con infiltrado inflamatorio perivascular, compatible con dermatitis fibrosante cutánea, lo que sustenta la hipótesis de esclerodermia cutánea localizada. La investigación de laboratorio sistémica no evidenció autoanticuerpos específicos. Considerando la correlación clínico-histopatológica, se inició tratamiento con metotrexato, con seguimiento multidisciplinario. El caso demuestra que las alteraciones de la presión arterial en adultos jóvenes asociadas a manifestaciones cutáneas persistentes deben motivar una investigación más allá del sistema cardiovascular. El seguimiento longitudinal permitió una definición diagnóstica progresiva y la definición terapéutica temprana, reforzando el papel de la Medicina Familiar y Comunitaria en la identificación inicial de enfermedades sistémicas raras.

PALABRAS CLAVE*: Esclerodermia Localizada. Hipertensión. Atención Primaria de Salud.*

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial em adultos jovens representa desafio clínico relevante, especialmente quando ocorre fora do perfil epidemiológico clássico ou na ausência de fatores de risco cardiovasculares tradicionais. Estima-se que a hipertensão secundária represente cerca de 5–10% dos casos na população geral, podendo alcançar prevalências superiores a 20% em adultos jovens quando submetidos à investigação etiológica direcionada.[1-3]

Nessa faixa etária, observa-se maior probabilidade de etiologia secundária, exigindo abordagem diagnóstica estruturada que contemple causas renais, endócrinas, vasculares,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

farmacológicas e, menos frequentemente, autoimunes. Diretrizes clínicas e obras de referência em clínica médica destacam que o início precoce da elevação pressórica pode representar manifestação inicial de condição sistêmica subjacente, devendo motivar avaliação clínica ampliada, com investigação orientada para lesões de órgão-alvo e manifestações sistêmicas associadas.[4-6]

As doenças autoimunes sistêmicas podem cursar com acometimento vascular difuso e evolução para dano orgânico permanente. A esclerose sistêmica constitui doença de baixa prevalência, caracterizada por microangiopatia, disfunção imunológica e fibrose progressiva da pele e de órgãos internos. Sua incidência estimada varia entre 10 e 20 casos por milhão de habitantes ao ano, com elevada carga de morbimortalidade associada ao comprometimento visceral, principalmente pulmonar, renal e cardíaco. Sua fisiopatologia envolve lesão endotelial inicial, seguida de ativação inflamatória persistente e deposição excessiva de matriz extracelular, resultando em comprometimento multissistêmico.[7,8]

A heterogeneidade de apresentação da doença representa importante desafio diagnóstico, sobretudo nos estágios iniciais ou em apresentações atípicas, nas quais achados clínicos isolados podem mimetizar doenças órgão-específicas. Complicações como crise renal esclerodérmica, hipertensão pulmonar e cardiomiopatia associam-se a pior prognóstico. Evidências indicam que atrasos diagnósticos superiores a 12 meses estão relacionados a pior evolução funcional e maior mortalidade, reforçando a necessidade de reconhecimento precoce. Alterações microvasculares podem preceder o acometimento cutâneo clássico, exigindo elevado grau de suspeição clínica e seguimento longitudinal.[7,9]

O acometimento cutâneo pode apresentar amplo espectro morfológico, incluindo placas endurecidas, áreas hiperpigmentadas, lesões atróficas e variantes nodulares, podendo mimetizar outras dermatoses fibrosantes. A correlação clínico-patológica é fundamental para a confirmação diagnóstica, sendo característicos os achados histológicos de esclerose dérmica, redução de anexos cutâneos e infiltrado inflamatório perivascular. A literatura dermatológica destaca que a variabilidade morfológica das lesões exige integração entre achados clínicos, laboratoriais e histopatológicos para adequada definição diagnóstica e terapêutica.[10,11]

Doenças autoimunes sistêmicas podem manifestar-se inicialmente por alterações hemodinâmicas ou cutâneas pouco específicas, favorecendo atraso diagnóstico quando não há investigação etiológica desde os primeiros atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS). A identificação de sinais de alerta, associada à adequada estratificação de risco e ao encaminhamento para avaliação especializada, pode modificar o curso clínico e reduzir a ocorrência de complicações graves, mesmo quando as manifestações iniciais são discretas ou atribuídas a doenças mais prevalentes. O raciocínio clínico ampliado e a vigilância longitudinal assumem papel estratégico na detecção de doenças sistêmicas raras em fases iniciais.[12-14]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Este relato descreve a identificação de esclerodermia cutânea durante investigação etiológica de hipertensão secundária em adulto jovem, evidenciando achados clínicos e diagnósticos que possibilitaram o reconhecimento precoce da doença. O caso reforça a relevância da investigação etiológica estruturada da hipertensão em adultos jovens e destaca o papel da APS, integrada à equipe multiprofissional e à atenção especializada, na identificação inicial de doenças sistêmicas de baixa prevalência e importante impacto prognóstico.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Gurupi (UnirG), sob parecer nº 8.269.456 e CAAE 95520626.7.0000.5518, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurados anonimato, confidencialidade e sigilo das informações clínicas utilizadas para fins científicos.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 21 anos, pardo, previamente hígido, procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde Waldir Lins em novembro de 2025, relatando episódios recorrentes de elevação pressórica associados a dor retroesternal de moderada intensidade, sem irradiação. Referia início dos sintomas aproximadamente cinco meses antes da avaliação, em agosto de 2025. Negava dispneia, síncope, pré-síncope, vertigem, palpitações ou outros sintomas cardiovasculares associados. Relatava atendimento prévio em unidade de pronto atendimento, onde recebeu medicação sintomática, com melhora transitória do quadro e alta subsequente. Desde então, passou a realizar aferições pressóricas esporádicas, com registros referidos de pressão arterial variando entre 140/90 mmHg e 150/100 mmHg.

Durante investigação clínica ampliada, relatou surgimento progressivo de lesões cutâneas iniciado aproximadamente três anos antes da avaliação atual, inicialmente localizadas em membros superiores, com posterior acometimento do dorso. Descrevia lesões com áreas hipercrômicas associadas a endurecimento cutâneo e desenvolvimento gradual de nódulos de diferentes dimensões, ocasionalmente acompanhados de prurido leve.

Negava diagnóstico prévio de doenças crônicas, uso contínuo de medicações e exposições ambientais ocupacionais ou não ocupacionais relevantes. Em relação aos antecedentes familiares, negava história de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças autoimunes ou dermatoses crônicas, referindo apenas artrite reumatoide em avó materna. Quanto aos hábitos de vida, negava tabagismo e etilismo. Referia padrão alimentar considerado equilibrado, ingestão hídrica adequada e comportamento sedentário.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, consciente, orientado e hemodinamicamente estável. Apresentava pressão arterial de 140 x 90 mmHg, frequência

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

cardíaca de 70 bpm, frequência respiratória de 12 irpm, saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente, temperatura corporal de 36,5 °C e glicemia capilar pós-prandial de 116 mg/dL.

Diante do quadro clínico, durante o acompanhamento longitudinal na APS, sob condução de médico de Família e Comunidade (MFC), foi levantada a hipótese de hipertensão arterial com possível causa secundária. Foram solicitados exames iniciais para investigação cardiovascular e caracterização do perfil pressórico, incluindo eletrocardiograma, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e Holter de 24 horas, além de exames laboratoriais direcionados à investigação de causas renais, metabólicas e sistêmicas. Considerando a cronicidade e as características das lesões cutâneas, bem como a possibilidade de doença sistêmica potencialmente relacionada ao quadro pressórico, o paciente foi encaminhado ao serviço especializado de dermatologia para avaliação complementar, incluindo investigação histopatológica.

No seguimento com investigação dermatológica direcionada para doenças do tecido conjuntivo sistêmicas, o paciente negava fenômeno de Raynaud, sintomas esofágicos persistentes, dispneia, tosse seca crônica, fadiga persistente, fraqueza muscular, artralgias de padrão inflamatório, rigidez matinal ou alterações sensitivas periféricas. Negava espessamento cutâneo difuso, presença de telangiectasias visíveis, áreas de calcinose cutânea, lesões em polpas digitais, úlceras digitais ou cicatrizes digitais prévias. Negava sintomas respiratórios limitantes ou perda ponderal não intencional. Mantinha como único antecedente familiar relevante relato de artrite reumatoide em avó materna, sem outras ocorrências conhecidas de doenças autoimunes.

Ao exame dermatológico, observavam-se múltiplas lesões acastanhadas, atróficas e endurecidas, de contornos arredondados e bordas bem delimitadas, distribuídas em dorso, região torácica anterior, abdome e membros superiores, com predomínio nas faces extensoras dos braços e antebraços. As lesões apresentavam hipercrômia residual e discreta depressão cutânea, sugerindo componente atrófico. Associadamente, identificavam-se nódulos cutâneos de consistência firme em dorso e membros superiores (Figuras 1 e 2). Diante da suspeita de doença fibrosante cutânea, foi realizada biópsia de pele em 18 de dezembro de 2025, com coleta em região infraescapular esquerda, sendo o aspecto nodular representado na Figura 3.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Figura 1. Lesões cutâneas hipercrômicas atróficas e endurecidas em dorso, associadas a nódulos cutâneos



Fonte: Arquivo próprio.

Figura 2. Lesões hipercrômicas atróficas em região torácica anterior e membros superiores



Fonte: Arquivo próprio.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Figura 3. Nódulos cutâneos em região dorsal, correspondentes ao sítio de biópsia (região infraescapular esquerda)



Fonte: Arquivo próprio.

O exame anatomopatológico, liberado em 20 de dezembro de 2025, evidenciou epiderme sem alterações estruturais relevantes. Na derme reticular e no tecido subcutâneo, observou-se acentuado processo de esclerose do colágeno, associado à redução de anexos cutâneos e presença de infiltrado inflamatório linfo-histiocítico discreto, com distribuição perivascular e perianexial. Não foram identificados granulomas ou sinais histológicos de malignidade. A pesquisa para depósito de amiloide, realizada pelas técnicas do vermelho Congo e cristal violeta, apresentou resultado negativo.

Em correlação com os achados clínicos e dermatológicos previamente descritos, o laudo histopatológico da biópsia cutânea confirmou processo de esclerose dérmica com infiltrado inflamatório perivascular, compatível com dermatite fibrosante cutânea.

Durante o acompanhamento conjunto entre MFC e dermatologia, realizou-se investigação laboratorial complementar com enfoque sistêmico, autoimune, infeccioso e de função orgânica. Observou-se pesquisa de anticorpos anti-Scl-70 não reagente, sorologias negativas para HIV, hepatites B e C e sífilis, fator reumatoide dentro dos limites de referência e provas de função hepática preservadas. A função renal manteve-se preservada, com taxa de filtração glomerular estimada de 90 mL/min/1,73 m², calculada pelo método CKD-EPI 2021[15], sem evidências de disfunção.

Considerando idade inferior a 30 anos, não foi possível aplicar calculadoras tradicionais de estimativa de risco cardiovascular, incluindo o PREVENT (American Heart Association)[16]. Optou-se, portanto, por avaliação clínica e laboratorial global, sem identificação de fatores

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

sugestivos de risco cardiovascular aumentado, incluindo perfil lipídico dentro dos limites da normalidade. Avaliação cardiológica complementar, incluindo eletrocardiograma, monitorização ambulatorial da pressão arterial e Holter de 24 horas, não demonstrou alterações significativas. O hemograma não apresentou alterações significativas, enquanto a velocidade de hemossedimentação evidenciou discreta elevação inespecífica. Observou-se positividade em teste rápido de proteinúria, sem alterações relevantes na análise urinária convencional, achado que motivou manutenção da investigação nefrológica e acompanhamento pressórico longitudinal.

Considerando a idade do paciente, a ausência de fatores de risco cardiovasculares tradicionais e o padrão clínico de elevação pressórica, iniciou-se investigação direcionada para possíveis causas secundárias de hipertensão arterial, contemplando avaliação cardiológica, nefrológica e torácica. Foram realizadas tomografia computadorizada de tórax sem contraste e triagem infecciosa prévia à eventual necessidade de terapia imunomoduladora, incluindo teste tuberculínico (PPD). A tomografia de tórax não revelou alterações significativas, e o teste tuberculínico apresentou resultado negativo.

Diante da integração entre achados clínicos, dermatológicos e histopatológicos, e considerando a melhor correlação clínica para hipertensão arterial secundária associada à esclerodermia localizada, foi iniciado tratamento com metotrexato em fevereiro de 2026, na dose de 2,5 mg em administração semanal, conforme indicação. O paciente permanece em acompanhamento multidisciplinar, com seguimento conjunto na APS e no serviço especializado, mantendo monitoramento clínico e evolutivo contínuo.

3. DISCUSSÃO

A evolução clínica observada reforça um desafio recorrente na prática assistencial, relacionado ao reconhecimento de doenças sistêmicas a partir de manifestações iniciais pouco específicas, sobretudo em indivíduos jovens e sem perfil epidemiológico habitual para doenças cardiovasculares. Nessa condição, a elevação pressórica associada a alterações cutâneas crônicas e progressivas constitui sinal clínico de alerta e sustenta a necessidade de investigação etiológica ampliada, em consonância com recomendações atuais das diretrizes internacionais para manejo da pressão arterial, com enfoque na identificação de causas secundárias.[4-6]

No presente caso, a análise cronológica evidencia que as alterações cutâneas antecederam a manifestação hemodinâmica identificada durante o acompanhamento na APS e em serviço especializado. Esse padrão temporal assume relevância clínica, pois doenças do espectro da esclerose sistêmica podem iniciar com disfunção microvascular e inflamação de baixa expressão clínica aparente, evoluindo por lesão endotelial persistente associada à ativação imune e ao remodelamento fibrótico progressivo, resultando em alterações teciduais estruturais e comprometimento orgânico definido. Em nível molecular, esse processo associa-se ao

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

desequilíbrio entre mediadores vasodilatadores e vasoconstritores, ao aumento de moléculas de adesão endotelial e à ativação fibroblástica, contribuindo para deposição de matriz extracelular e repercussão funcional multissistêmica.[7,17]

A variabilidade fenotípica das doenças fibrosantes cutâneas amplia a complexidade diagnóstica, na ausência de autoanticorpos clássicos ou de manifestações sistêmicas exuberantes. Evidências recentes indicam que alterações vasculares e perfis imunomediados específicos podem anteceder manifestações clínicas clássicas, reforçando a importância da integração entre avaliação clínica, histopatológica e imunológica em apresentações localizadas ou atípicas, em consonância com modelos contemporâneos de desregulação imune sistêmica.[13,17,18]

Em continuidade ao perfil clínico descrito, a negatividade do anti-Scl-70 não exclui doença pertencente ao espectro da esclerose sistêmica localizada quando os achados clínicos e histopatológicos são compatíveis com dermatite fibrosante. Evidências dermatológicas e reumatológicas demonstram que formas iniciais ou localizadas podem apresentar limitação sorológica, com baixa sensibilidade de autoanticorpos clássicos, exigindo interpretação diagnóstica baseada na evolução clínica e tecidual. Esse padrão é compatível com mecanismos de disfunção imune e ativação fibroproliferativa descritos na autoimunidade sistêmica.[7]

No campo assistencial, este caso evidencia a capacidade resolutiva da APS na identificação de condições sistêmicas de apresentação inicial inespecífica. A longitudinalidade do acompanhamento permitiu reconhecer a relação temporal entre manifestações clínicas inicialmente interpretadas de forma isolada, enquanto a coordenação do cuidado, em articulação com o serviço especializado de dermatologia, viabilizou investigação etiológica dirigida e definição diagnóstica em momento adequado. Esse percurso assistencial estruturado possibilitou avaliação integral do paciente e consolidação progressiva do raciocínio clínico, reduzindo fragmentação do cuidado e ampliando a segurança diagnóstica, com relevância particular em doenças de baixa prevalência ou de apresentação heterogênea.

Esse percurso assistencial encontra respaldo em evidências contemporâneas que demonstram que a operacionalização dos atributos centrais da APS está associada à melhor organização do cuidado e à redução de desfechos adversos em condições clínicas complexas. Esse modelo mantém alinhamento com os fundamentos estruturais descritos por Starfield e com sua consolidação como eixo organizador dos sistemas de saúde, conforme incorporado às políticas brasileiras de atenção básica e às estratégias internacionais de fortalecimento das redes de atenção à saúde.[12,19-21]

De forma complementar, estudos demonstram que abordagens multiprofissionais integradas contribuem para melhor adesão terapêutica e menor ocorrência de complicações associadas a alterações pressóricas, especialmente quando sustentadas por acompanhamento longitudinal e educação em saúde estruturada.[22] No presente caso, esses elementos sustentam a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

necessidade de vigilância clínica contínua diante de alterações hemodinâmicas de etiologia inicialmente não definida.

Do ponto de vista terapêutico, a introdução de metotrexato neste caso alinha-se ao entendimento atual de que formas cutâneas fibrosantes com atividade inflamatória sustentada apresentam maior risco de progressão estrutural, justificando abordagem imunomoduladora sistêmica. O metotrexato atua na modulação da resposta imune mediada por linfócitos e na atenuação de vias pró-fibróticas, contribuindo para estabilização da atividade inflamatória e limitação do remodelamento tecidual progressivo. Evidências dermatológicas e reumatológicas sustentam seu uso na contenção da progressão clínica e na redução do dano tecidual cumulativo, particularmente em apresentações com padrão evolutivo documentado.[7,17] A identificação inicial estruturada possibilitou intervenção terapêutica direcionada, com potencial de modificar a trajetória clínica e funcional da doença ao longo do tempo.

4. CONSIDERAÇÕES

Este caso mostra que alterações pressóricas em adultos jovens, quando acompanhadas de manifestações cutâneas persistentes, devem orientar investigação etiológica para além do eixo cardiovascular. O acompanhamento longitudinal permitiu reconhecer a relação temporal entre sinais clínicos e, com apoio da dermatologia e confirmação histopatológica, definir precocemente a etiologia e instituir terapêutica direcionada. Esse percurso reafirma o papel estratégico da Medicina de Família e Comunidade na redução da incerteza diagnóstica e na antecipação de intervenções capazes de influenciar a trajetória clínico-funcional de doenças sistêmicas raras.

REFERÊNCIAS

1. Braunwald E. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.

2. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, et al. Harrison's principles of internal medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2023 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2023;44(38):3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehad194.

4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA guideline for high blood pressure. Hypertension. 2018;71(6):e13-e115.

5. Kaplan NM. Kaplan's clinical hypertension. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

6. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretriz brasileira de hipertensão arterial – 2024. Arq Bras Cardiol. 2025;124(1):e1-e120.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

7. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, eds. Kelley and Firestein's textbook of rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

8. Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, eds. Rook's textbook of dermatology. 10th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2022.

9. Batani VM, Barsotti S, Lepri G, Guiducci S, Bellando-Randone S, Matucci-Cerinic M. Early diagnosis and outcomes in systemic sclerosis. Autoimmun Rev. 2024;23(2):103300. doi:10.1016/j.autrev.2023.103300.

10. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.

11. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. Andrews diseases of the skin. 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.

12. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 2002.

13. Allanore Y, Simms R, Distler O, Trojanowska M, Pope J, Denton CP, et al. Systemic sclerosis. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15002. doi:10.1038/nrdp.2015.2.

14. World Health Organization. Global report on hypertension. Geneva: World Health Organization; 2021.

15. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sang Y, et al. New creatinine- and cystatin C–based equations to estimate GFR without race. N Engl J Med. 2021;385(19):1737-49. doi:10.1056/NEJMoa2102953.

16. Khan SS, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, Carson AP, Chang AR, et al. Development and validation of the PREVENT equations for cardiovascular disease risk prediction in the United States. Circulation. 2023;147(19):1441-53. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061879.

17. Denton CP, Khanna D. Systemic sclerosis. Lancet. 2017;390(10103):1685-99.

18. Kalil J. Imunologia clínica aplicada. São Paulo: Atheneu; 2022.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

20. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção primária à saúde. Washington (DC): OPAS; 2023.

21. Virginio D, Camargo YK, Braga PC, Silva TAP**.** Atendimento de paciente idosa com crise hipertensiva: uma experiência na aplicação dos atributos nucleares da APS. RECIMA21. 2025;6(9):e696787. doi:10.47820/recima21.v6i9.6787.

22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288(14):1775-9. doi:10.1001/jama.288.14.1775.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.