

Hipertensión por guardapolvo blanco: todavía más dudas que certezas

PABLO D. RODRIGUEZ¹

Desde comienzos de la década de los '40 (1) se describió la existencia del efecto por el cual en algunos pacientes la presión arterial (PA) medida en consultorio excede en varios mm Hg a la obtenida en controles domiciliarios, circunstancia que en la actualidad recibe el nombre de hipertensión por guardapolvo blanco (HTGB). La presencia de HTGB debe diferenciarse del llamado fenómeno o efecto del guardapolvo blanco, el cual se presenta en pacientes con hipertensión arterial (HTA) confirmada que aun bajo un tratamiento adecuado presentan valores de PA elevados en consultorio y normales fuera de él. (2, 3) La prevalencia de la HTGB varía en las diferentes series del 10% al 60% (2) del total de individuos hipertensos y depende fundamentalmente de dos factores: 1) la cantidad de controles de PA utilizados para hacer el diagnóstico de HTA en consultorio, habida cuenta de que a mayor número de registros disminuye la prevalencia de HTGB, (4) y 2) el punto de corte utilizado en la presión ambulatoria para definir anormalidades, ya que cuanto mayor es el valor considerado, mayor es la prevalencia de esta entidad.

En la actualidad surgen, en primera instancia, dos claros interrogantes en relación con la presencia de HTGB: ¿Cuál es su real trascendencia y el valor epidemiológico de su diagnóstico? ¿Qué pronóstico presentan los pacientes con esta entidad y qué porcentaje de ellos evoluciona hacia cuadros de HTA definida de acuerdo con los criterios actuales?

El Joint National Committee VI (5) no recomienda la utilización de rutina del monitoreo ambulatorio de la PA para el diagnóstico de HTGB por considerar que todos los grandes estudios epidemiológicos basan sus estimaciones de riesgo en relación con los valores de PA sobre determinaciones realizadas en varias visitas al consultorio médico y que, por otra parte, el impacto de distintas intervenciones farmacológicas se estimó utilizando sistemáticamente

los controles en consultorio como medida de la respuesta al tratamiento. La presencia de HTGB cuestiona el principio más básico del diagnóstico de la HTA, aquel que dice que la PA en el consultorio es el mejor indicador de la PA real del paciente, y por ende, el mejor predictor del riesgo del paciente individual en el largo plazo.

El aspecto más controvertido relacionado con la presencia de HTGB es su real significación pronóstica. La multiplicidad de criterios diagnósticos utilizados para definir normalidad para la PA ambulatoria y la falta de un consenso definido a este respecto dificultan la evaluación de los trabajos diseñados con el fin de determinar el pronóstico de largo plazo de esta entidad. Incluso la utilización de la diferencia entre la PA en consultorio y la PA ambulatoria como criterio diagnóstico de HTGB fue cuestionada recientemente. (6) La aparición de signos de daño de órgano blanco o la ocurrencia de eventos son los pilares en los cuales se sustentan los estudios pronósticos en HTA. Al no existir estudios que analicen la aparición de eventos cardiovasculares en estos pacientes, debemos basarnos sobre la evaluación de daño de órganos blanco para establecer el riesgo en ellos. De todos los signos de compromiso de órganos vinculados a la HTA, la presencia de hipertrofia ventricular izquierda o de microalbuminuria constituyen los principales marcadores de riesgo en pacientes hipertensos. Si bien no existe consenso absoluto, la mayoría de los estudios actualmente disponibles que evalúan la masa ventricular izquierda, entre los cuales se incluye el de Majul y colaboradores (7) que se publica en este número de la RAC, sitúan a la HTGB como un estadio intermedio entre la normotensión y la HTA definida, definiendo un probable riesgo mayor en relación con la población normal, aun cuando ninguno de estos estudios haya demostrado la presencia de hipertrofia ventricular izquierda de acuerdo con los criterios

¹ Médico de la Sección Hipertensión Arterial, División Cardiología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (GCBA) y de la Sección Hipertensión Arterial del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires.

actualmente reconocidos. (8) Estudios relacionados con otros signos de daño en órgano blanco, incluso microalbuminuria, no permiten extraer las mismas conclusiones. Por otra parte, Julius y colaboradores, en sus estudios en la ciudad de Tecumseh, (9) comprobaron, al igual que lo señalado por Majul y colaboradores, la existencia de trastornos metabólicos incipientes en pacientes con HTGBV, con valores que, nuevamente, como en el caso de la masa ventricular izquierda, adoptan una situación intermedia entre los de los pacientes normotensos y aquellos con HTA definida. El estudio de Majul y colaboradores aporta a la vez datos en un tema polémico como es el de la respuesta de la PA al estrés físico en la prueba ergométrica, por lo que cabe señalar, más allá de la polémica, que llamativamente la respuesta de la PA sistólica en los pacientes con HTGB resultó coincidente en señalar a la HTGB como una entidad aparentemente intermedia entre la normotensión y la HTA.

La controversia relativa al diagnóstico correcto y la significación pronóstica de la HTGB sigue siendo un tema abierto. El desconocimiento más allá la hipótesis de los verdaderos mecanismos que generan esta respuesta no permite saber si los hallazgos de los distintos estudios acerca de la presencia de daño de órganos blanco o trastornos metabólicos asociados se deben a la existencia de un trastorno común como podría ser la activación simpática o sólo la simple asociación de variables, producto de la falta de estudios con un número adecuado de pacientes. La respuesta a estos interrogantes, de modo que permita conocer el real valor de la HTGB, sería la realización de un estudio prospectivo con el suficiente poder estadístico para establecer eventuales diferencias con la población normotensa. Sin embargo, este

objetivo parece en la actualidad extremadamente dificultoso, ya que la en apariencia baja tasa de eventos en estos pacientes requeriría una muestra de pacientes extremadamente grande y un tiempo de seguimiento prolongado para establecer resultados fehacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Ayman D, Goldshine AD. Blood pressure determination by patients with essential hypertension: The difference between clinical and home readings before treatment. *Am J Med Sci* 1940; 200: 465-470.
2. Mansoor GA, White WB. White-coat hypertension. *En: Oparil S, Weber MA. Hypertension: A Companion to Brenner and Rector's The Kidney. Philadelphia, USA, WB Saunders Company* 2000; pp 314-321.
3. Moser M. Initial workup of the hypertensive patient. *En: Izzo JL, Black HR (eds). Hypertension Primer (2nd ed). Dallas, USA, American Heart Association* 1999; pp 299-301.
4. Pearce KA, Grimm RH Jr, Rao S y col. Population-derived comparisons of ambulatory and office blood pressures. *Arch Intern Med* 1992; 152: 750-756.
5. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
6. Parati G, Omboni S, Staessen J y col, on behalf of the SYST-EUR investigators. Limitations of the difference between clinic and daytime blood pressure as a surrogate measure of the white-coat effect. *J Hypertens* 1998; 16: 23-29.
7. Majul CR, Páez OB, De María ME y col. Hipertensión de guardapolvo blanco: ¿es una entidad intermedia entre normotensos e hipertensos sostenidos? *Rev Argent Cardiol* 2001; 69: 260-266.
8. Palatini P, Mormino P, Santonastaso M y col. Target-organ damage in stage 1 hypertensive subjects with white-coat hypertension and sustained hypertension: Results from the HARVEST study. *Hypertension* 1998; 31: 57-63.
9. Julius S, Mejia A, Jones K y col. "White-coat" versus "sustained" borderline hypertension in Tecumseh, Michigan. *Hypertension* 1990; 16: 617-623.