

Temas de actualidad

Hipertensión arterial esencial infantil

HORACIO SLAFER *

* Jefe Unidad Cardiología del Hospital P. Piñero y Jefe Departamento Cardiología Sanatorio Santa Isabel.

La idea de que la hipertensión es infrecuente en el niño y generalmente secundaria es equivocada y esto se debe a que sólo se detectan los casos graves sintomáticos, con cifras tensionales de máxima y mínima muy elevadas y fijas. Pero si se hace un rastreo a niños asintomáticos, mayores de tres años, la aparición de hipertensión arterial se hace más frecuente y, al igual que en el adulto, en la gran mayoría de estos casos se trata de hipertensión primaria, generalmente con elevaciones variables y a veces transitorias de las cifras tensionales. Estos casos de hipertensión arterial esencial infantil lábil o leve son lo suficientemente frecuentes como para justificar su búsqueda sistemática o por lo menos para crear el hábito en el pediatra de la toma de la presión arterial en todos sus pacientes.

Masland y colaboradores encontraron en 1975 en pacientes de consultorio externo, cuyas edades oscilaban de 12 a 21 años, que el 1,4% tenía cifras de presión arterial de 140/90 o más en dos ocasiones de tomas arteriales separadas; Londe, estudiando 1.473 niños entre 4 y 15 años, halló que el 12% tenían hipertensión lábil y que un 2,3% presentaba hipertensión arterial elevada persistentemente. Nosotros, en un ensayo efectuado sobre 382 niños comprendidos entre 6 y 12 años, hallamos un 6,8% de hipertensión arterial esencial lábil, aceptando como cifra tensional máxima normal 140 para la sistólica y 90 para la diastólica.

Lo que no sabemos en el momento actual es en qué porcentaje de casos esta hipertensión arterial esencial infantil lábil es el comienzo de la hipertensión arterial estable del adulto o un simple estado transitorio sin consecuencias posteriores. Sólo el seguimiento longitudinal de estos niños con cifras tensionales anormales, estudio que ya estamos efectuando, nos aclarará la importancia de la hipertensión arterial esencial leve infantil como precursora de la hipertensión del adulto. Autores como Miller, Hayden, Londe y otros, que han realizado importantes seguimientos de niños y adolescentes hipertensos, creen que un número significativo de pacientes siguen su evolución sin que sus valores tensionales sufran regresiones significativas.

De todas formas, la negación de la hipertensión arterial esencial infantil nos aparta de su búsqueda sistemática y convierte su hallazgo en excepcional, perdiéndose así un tiempo operativo valioso para retardar o prevenir las morbilidades que ésta ocasiona, ya que si bien, a valores más altos, mayor es la repercusión en todo el árbol vascular y sus órganos, valores menores en su espontánea evolución

es probable que en forma más lenta produzcan los mismos efectos.

Es por lo tanto importante detectar precozmente estos casos de hipertensión arterial leve, pues en nuestra experiencia la mayor parte de las veces son fácilmente solucionables con simples medidas higiénico-dietéticas, mientras que la persistencia durante cierto lapso de estas elevaciones tensionales podría llegar a constituirse en una hipertensión arterial autosostenida o fija.

Aunque en la actualidad no existe un conocimiento acabado de la fisiopatología de la hipertensión arterial esencial, muchas son las evidencias de que en sus estadios iniciales interviene un factor neurógeno, en el sentido de que influjos hipotalámicos o cerebrales lleven a un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Este incremento del tono simpático sería responsable directo del aumento del volumen minuto cardíaco y de la resistencia periférica, así como de la secreción catecolamínica a nivel adrenal y de la renina a nivel renal, y de tal forma que si esta situación no es equilibrada a través de un mecanismo de retroalimentación negativa puede llegarse a un nuevo equilibrio con un punto de referencia más alto.

Este sistema de retroalimentación tendría su centro de información a nivel de los barorreceptores ubicados en el cayado aórtico y en la bifurcación carotídea, su centro de control a nivel encefálico y su sistema de corrección a través del sistema autónomo con sus dos componentes, simpático y parasimpático, actuando a nivel de volumen minuto y resistencia periférica, que son los dos factores fundamentales de la regulación de la presión arterial.

De acuerdo con esta interpretación se llega a la conclusión que la hipertensión esencial tiene

dos etapas: la primera sería hiperquinética y estaría vinculada a un aumento del volumen minuto cardíaco, determinado por un incremento del tono simpático y un aumento relativo de la resistencia periférica, al no disminuir en relación inversa al incremento del volumen minuto, fenómeno debido también fundamentalmente al aumento del tono simpático.

De persistir este primer estadio de hipertensión leve o lábil un período de tiempo desconocido, llevaría a alteraciones estructurales de la pared arterial y de la función renal responsables del establecimiento de una segunda etapa, que se conoce como hipertensión arterial estable.

La mayor parte de los niños de más de 3 años asintomáticos se encontrarían en la fase hiperquinética de su hipertensión arterial esencial, y éste es el momento en que debe ser hallado para su tratamiento, que generalmente sólo requerirá medidas higiénico-dietéticas, y de esta forma es muy posible que en muchos casos estemos efectuando una verdadera prevención de la hipertensión arterial esencial fija del adulto.

BIBLIOGRAFIA

- Blumenthal S et al: Report of the task force on blood pressure control in children. *Pediatric* 59: 797, 1977.
- Loggie JM: Systemic hypertension in children and adolescent. *Ped Clin North Am* 18: 1273, 1971.
- Londe S, Bourgoigne JJ, Robson AM, Goldring D: Hypertension in apparently normal children. *J Pediat* 78: 569, 1974.
- Clarke WR et al: Tracking of blood lipids and blood pressures in school age children. The muscatine study. *Circulation* 58: 626, 1978.
- Freis EO: Salt, volume and prevention of hypertension. *Circulation* 53: 589, 1976.
- Mc Crory WW, Nash FW: Hypertension in children. *Am J Med* 223: 671, 1952.
- Kilcoyne MM: Adolescent hypertension. *Am J Med* 58: 735, 1975.