

FALSA HIPERTENSION ARTERIAL

Por el doctor

T. CESARMAN

TERCERA PARTE

1. INTRODUCCION

El tema del Seminario de hoy fue intencionalmente dividido en tres partes: la tensión arterial normal, la arterial patológica y la falsa hipertensión arterial.

Ha sido tendencia de la Ciencia Médica ir eliminando el término "falso" para calificar determinados síndromes con objeto de darles denominación más precisa. Por ejemplo, durante mucho tiempo se habló de "falsa angina de pecho" para designar síndromes que se parecían, pero no eran angina de pecho. Es mejor, sin duda, llamar las cosas por su nombre, es decir, pericarditis, hernia diafragmática, etc. Conociendo ese criterio, cabría preguntar por qué usamos un término tan anacrónico como "falsa hipertensión arterial" en un Seminario para estudiantes de Medicina. Nuestro objeto es resaltar las dificultades para establecer una línea divisoria clara entre lo normal y lo patológico.

2. INESTABILIDAD DE LAS CIFRAS TENSIONALES

Muchas personas saben que la tensión arterial es de 140 mmHg, para la sistólica y de 90 mmHg para la diastólica, en condiciones normales. Cuando ven a un médico y les dice que tienen 150 sobre 90 mmHg, por ejemplo, el paciente, y hasta el médico, pueden equivocadamente pensar que existe necesariamente hipertensión. Y es que las cifras tensionales

son variables. Un individuo puede presentar tensiones de 120 sobre 80 mmHg en una visita y 136 sobre 90 mmHg en otra. Con motivo, pero sin razón, podrá pensarse que le está subiendo la presión. Sin sobrepasar los límites considerados como cifras normales, podrá considerarse que el individuo estudiado se está haciendo hipertenso.

Veamos otro ejemplo. Se presenta en la Consulta Externa un enfermo con insuficiencia aórtica; tiene presión arterial sistólica de 300 mmHg o más, pues la columna de mercurio del baumanómetro sólo mide hasta esa cifra, y la diastólica es 0. Este enfermo no debe considerarse hipertenso porque las cifras tensionales dichas no se deben a los mecanismos señalados por el Dr. Franco como responsables de la hipertensión. Dicho en otras palabras: las cifras tensionales no bastan para diagnosticar la hipertensión sanguínea y constituyen una medida que requiere interpretación por parte del médico. Al aumentar la tensión arterial, disminuye estadísticamente la duración de la vida. Por ello, las compañías de seguros se han preocupado de establecer cifras normales que cubran sus intereses económicos; tales cifras son notoriamente bajas. Personas que se consideran como sanas, resultan rechazadas al solicitar un seguro de vida porque tienen la presión arterial alta; 160 sobre 90 mmHg, por ejemplo. Lo correcto es no conformarse con las cifras, altas o bajas, de ten-

sión, sino investigar si hay alteraciones cardiovasculares. Nadie muere por tener presión arterial alta; la enfermedad comienza al lesionarse secundariamente los vasos por la hipertensión arterial.

3. CIFRAS TENSIONALES ALTAS SIN HIPERTENSION

Se conocen muchísimos casos de personas con cifras tensionales superiores a las consideradas como normales, que permanecen en esas cifras durante muchísimos años sin manifestar cambios electrocardiográficos, síntomas clínicos ni lesiones radiológicas. Por otra parte, pueden existir muchos errores en la medida de la presión arterial. Ya se habló de la anchura del manguito; la mayoría de los médicos sólo cuentan con un baumanómetro y un manguito de 12 cm de ancho. Las personas obesas presentan a menudo tensión diastólica más alta que la verdadera; entonces es necesario hacer un ajuste. Por ejemplo, en el caso de una persona que tiene brazo con 44 cm de circunferencia, es necesario disminuirla hasta en 25 mm.

Son muchos los padecimientos que elevan la tensión sanguínea, sin que se pueda hablar en ellos de hipertensión arterial. Ya hablé de uno, la insuficiencia aórtica. Otros son las fístulas arteriovenosas y el bloqueo auriculoventricular completo. En este último se bloquea el sistema conductor de las excitaciones y el corazón late con ritmo ventricular y frecuencia baja; el llenado diastólico del corazón es entonces mucho mayor y, al vaciarse, se expulsa mayor cantidad de sangre por latido, elevándose la presión sistólica. El hipertiroidismo, la anemia y la arteriosclerosis también elevan la tensión sanguínea. Como les decía el doctor Carrillo, la esclerosis de las arterias eleva la presión porque la aorta endurecida tiene menor elasticidad y la energía que no se pierde en dilatar la arteria se manifiesta por aumento de la presión sistólica.

Me he referido hasta ahora a pade-

cimientos en los cuales se produce aumento de la presión arterial sistólica. No he hecho mención a aquellos que ocasionan aumento de la presión arterial diastólica porque, considerado en general, todo aumento de la tensión arterial diastólica es siempre patológico.

CONTROVERSIA

P. ¿Cuál es el pronóstico de la hipertensión cuando produce epistaxis?

R. Entre las manifestaciones más valiosas que establecen el pronóstico de la hipertensión incluimos los accidentes vasculares; sin embargo, la epistaxis no es un accidente vascular verdadero. Se presenta en hipertensos cuando la esclerosis arterial es intensa, existen lesiones locales antiguas, hay rinitis crónica, padecen sinusitis o tienen alguna alteración nasal capaz de producir por sí misma epistaxis.

R. Una persona vive 5 días a la semana con ansiedad grande por sus ocupaciones u otra causa, y en los días libres presenta cefalea y vómitos, ¿pueden considerarse estos síntomas como de hipertensión?

R. No. La hipertensión arterial —dijimos— no tiene un cuadro clínico definido. Cuando la hipertensión se manifiesta con síntomas morbosos, es seguro que tales síntomas son secundarios a la hipertensión. Las descargas del sistema nervioso autónomo, las manifestaciones de desequilibrio vasomotor o emocional, pueden ser secundarias a la hipertensión, pero aparecen también en enfermos no hipertensos, y no se puede hacer un diagnóstico clínico de hipertensión arterial o de hipotensión arterial por su presencia o ausencia. La hipertensión arterial no es sólo una cifra manométrica, sino un conjunto de síntomas. Los sujetos en los cuales se eleva la presión arterial cuando se someten a un estado de tensión, son los que Schroeder califica de prehipertensos y, los franceses, de hiperreactores.

P. Cuando baja la presión arte-

rial en un caso de infarto de miocardio, ¿cómo se conoce que sigue siendo hipertenso?

R. Por las alteraciones en el fondo de ojo, en primer lugar; la angiotonía o la angiosclerosis constituyen repercusiones arteriolares de la hipertensión. Por hipertrofia ventricular izquierda, en segundo lugar; demostrable radiológica, electrocardiográfica y, en muchas ocasiones, también clínicamente. La hipertensión arterial no se cura con infarto del miocardio; baja la presión arterial, pero la enfermedad persiste. La hipertensión también se cura con un accidente cerebral; también baja la tensión sanguínea durante la fase de estado del accidente, pero el sujeto sigue siendo hipertenso. Cuando los enfermos se recuperan correctamente del infarto miocárdico o de la hemorragia cerebral, las cifras de presión arterial vuelven a subir.

P. ¿Cuál es el mecanismo de la hipertensión intracraneana?

R. Hipertensión intracraneana puede presentarse en sujetos con hipertensión arterial maligna, constituyendo el cuadro llamado de encefalopatía hipertensiva que se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones en la conciencia y en el comportamiento, fenómenos convulsivos y pérdida del conocimiento. El diagnóstico de hipertensión intracraneana se hace por el edema de la papila que demuestra el oftalmoscopio. La hipertensión intracraneana puede ser secundaria a la hipertensión arterial, y viceversa.

Presión intracraneana y presión arterial son dos cosas diferentes. La hipertensión de que se está hablando en este Seminario es la hipertensión arterial, es decir, la presión hidrostática de la sangre dentro de los vasos. La presión intracraneana está producida por el líquido cefalorraquídeo contenido dentro de la cabeza y de la columna vertebral. La hipertensión arterial puede provocar hipertensión intracraneana al aumentar la cantidad de líquido cefalorraquídeo.

La hipertensión del líquido cefalorraquídeo, a su vez, puede excitar los

centros nerviosos vegetativos y provocar hipertensión arterial.

P. Hay hipertensos que, al cambiar de altura con respecto al nivel del mar, presentan sus síntomas agravados ¿realmente afecta la altura a esos individuos?

R. Una agravación de esa naturaleza nunca ha podido ser comprobada. La altura no tiene influencia sobre las cifras manométricas ni altera en forma ostensible el estado general del paciente hipertenso. Sí existen personas más o menos sensibles a los cambios de tensión de oxígeno; a mayor altura la tensión de oxígeno es menor y algunos sujetos necesitados de oxígeno, por ejemplo con cor pulmonale crónico, sienten la diferencia.

P. ¿Por qué la presión sistólica se anota cuando los ruidos ya son francos y no cuando comienzan los primeros ruidos?

R. La presión arterial se mide con la presión del manguito que comprime la arteria. Al disminuir la presión del manguito, la arteria se distiende parcialmente, lo que produce ruidos, a veces soplantes, a veces irregulares, que no corresponden a la presión sistólica porque la presión del manguito todavía impide que la arteria se distienda completamente. Cuando la presión del manguito queda igual a la presión sistólica, la arteria se distiende en toda la longitud en que ha sido comprimida y oímos los latidos claramente.

P. ¿Cuál es la terapéutica adecuada para los enfermos cardiorrenales?

R. También nosotros la quisiéramos conocer.

P. ¿Es perjudicial el alcohol a los hipertensos?

R. No más ni menos que a las demás personas.

P. ¿Cuál es el mecanismo de la hipertensión en la eclampsia?

R. Probablemente se trata de un proceso renal. No está bien definido. La eclampsia es la enfermedad de las teorías.

P. La llamada hipertensión arterial esencial benigna sin repercusión orgánica ¿es realmente hipertensión?

En un caso así ¿cuál debe ser la conducta del médico respecto al paciente y referente a la terapéutica?

R. La hipertensión arterial esencial llamada benigna no es enfermedad. Su única manifestación es elevación de las cifras manométricas. Es como si considerásemos enferma a una persona sólo por medir 1,90 m. de estatura. La cifra tensional elevada no es, por sí sola, índice de padecimiento; pero siempre que se encuentre debe investigarse una posible causa patológica que la provoque. Si el médico se preocupa al encontrar cifras tensionales altas, transmitirá al paciente su propia preocupación. En estas circunstancias el médico habrá agregado a las cifras tensionales un padecimiento psíquico que puede ser más importante que la pretendida hipertensión. Por ello, y en principio, cuando el médico no esté seguro de que la cifra tensional de su paciente sea genuinamente patológica, debe callar y clasificar al paciente como sano, vigilándole siempre que se presente oportunidad.

P. Las cifras altas de presión arterial ¿pueden producir enfermedades en el cerebro, la retina y el riñón?

R. Sí. La hipertensión arterial esencial se desarrolla en períodos benigno, moderado, grave y maligno, caracterizados por la distinta intensidad de la repercusión vascular.

Hay varias otras clasificaciones para la hipertensión arterial esencial. En una de ellas se consideran hiper-

tensos lábiles e hipertensos sostenidos. Prehipertenso es aquel individuo que sufre elevaciones ocasionales de la presión arterial sin presentar síntomas morbosos. El hipertenso lábil cambia ampliamente sus cifras de tensión sanguínea con su estado emocional. Schroeder, antes de clasificar a un sujeto como hipertenso, lo coloca en un ambiente agradable; hasta los colores de la decoración han sido escogidos en forma especial y las enfermeras está adiestradas especialmente para que los pacientes no se sientan irritados. Así ha encontrado que, al cabo de 8 días de estancia en el hospital, muchos pacientes hipertensos han bajado sus cifras sin usar medicamentos. Este es el grupo de los hipertensos lábiles. Otros enfermos, sometidos al mismo régimen, siguen con sus cifras altas de presión; son los hipertensos sostenidos o verdaderos, a los cuales debe tratarse como tales.

BIBLIOGRAFIA

- Allen A. A.: *The Kidney, Medical and Surgical Diseases*. Grune & Stratton. Nueva York, 1951.
- Bell, E. T.: *Renal Diseases*. Lea & Febiger. Filadelfia, 1946.
- Best, C. M. and Taylor, N. B.: *The Physiological of Medical Practice*. The Williams & Dexter. L. Cecil's Textbook of Medicine.
- Wilkins C.: Baltimore, 1950.
- Saunders Co., Filadelfia, 1951.
- Fishberg, A. M.: *Hypertensión and Nephritis*. Lea & Febiger. Filadelfia, 1944.