

¿Tratamiento del paciente con Hipertensión o fenómeno de guardapolvo blanco?

Dr. Walter Espeche: Med. Esp. Clínica Médica. Magister Enfermedades cardiovasculares. Coordinador Unidad Enfermedades Cardiometabólicas-Clínica Médica- HIGA San Martin de La Plata. Prof. Adjunto Cátedra Medicina Interna Facultad Ciencias Médicas La Plata.

Dr Julian Minetto: Med. Esp. en Clínica Médica. Esp. Hipertensión arterial. Staff Unidad Enfermedades Cardiometabólicas-Clínica Médica- HIGA San Martin de La Plata. Docente Cátedras Farmacología Aplicada, Medicina Interna C, Medicina interna D. Universidad Nacional de La Plata.

A favor: Dr.Walter Espeche

La hipertensión de guardapolvo blanco(HGB) se define como el fenotipo de presión arterial en un paciente con cifras de presión arterial en consultorio elevadas, pero cifras en mediciones ambulatorias con valores dentro del rango adecuado.

Cuando el paciente presenta la misma condición, pero ya se ha definido previamente su condición de hipertenso y está bajo tratamiento farmacológico, esto se denomina fenómeno de guardapolvo blanco para diferenciarlo de aquel sin tratamiento.

Las mediciones de presión arterial ambulatorias han sido evaluadas tanto con monitoreo domiciliario de presión arterial como con mediciones ambulatorias de 24 horas.

Los pacientes con fenómeno/HGB han demostrado en diferentes estudios a lo largo del tiempo un aumento del riesgo en la mortalidad y los eventos cardiovasculares en comparación con aquellos pacientes con presión arterial (PA) normal. Recientemente Mancia y colaboradores demostraron que este incremento del riesgo, ocurre en forma similar, tanto en aquellos individuos con HGB con daño y sin daño cardiovascular previo. Por lo tanto, esta condición no debe ser considerada del todo benigna con respecto al pronóstico y un enfoque terapéutico farmacológico podría ser correcto en estos fenotipos de hipertensión. Sin embargo, las guías actuales recomiendan a estos individuos el tratamiento higiénico dietético inicial sin uniformidad en quienes serían los HGB que podrían beneficiarse con la suma de antihipertensivos.

Si bien no existe al momento ningún ensayo clínico randomizado evaluando el tratamiento antihipertensivo en los individuos con HGB, los grandes Trial de tratamiento farmacológico con objetivo de cifras de consultorio no evaluaron previamente a la aleatorización la PA ambulatoria. Teniendo en cuenta que la prevalencia de HGB es ~30%, surge la pregunta ¿muchos de esos individuos que se benefician con el tratamiento farmacológico no eran HGB?. Agregando a esto, estudios pos-hoc (como el Sys eur), han incluido pacientes con HGB en quienes el descenso de la PA de consultorio logró disminuir eventos cardiovasculares. Con respecto al descenso de la PA ambulatoria en este subgrupo de individuos, parecería tener un margen de seguridad, ya que significativamente desciende menos que en individuos con hipertensión arterial sostenida (consultorio y ambulatoria).

En resumen, a pesar de la falta de evidencia sólida en individuos con HGB con alto riesgo cardiovascular, la individualización según costo/beneficio del tratamiento farmacológico, parecería ser la estrategia más adecuada. Esperando estudios prospectivos y diseñados específicamente para dilucidar esta controversia a fin de poder generalizar dicha conducta a toda la población con el fenotipo de HGB.

En contra: Dr. Julian Minetto

El aumento del riesgo a largo plazo del paciente con HGB vs aquel paciente normotenso ha sido tema de debate. Sin embargo, al analizar las diferentes cohortes, se encuentran algunos puntos no tan claros y que podrían indicar que no todos los pacientes son iguales. Algunos de estos para destacar son: 1- la heterogeneidad del seguimiento, 2- los puntos de corte y métodos de evaluación y 3- definición de fenotipos.

Algunos estudios cuentan con un seguimiento de 15-29 años. Esto podría ser determinante en los resultados, ya que, a lo largo del tiempo, el fenotipo de este subgrupo puede cambiar (normotensión o hipertensión sostenida), así como el manejo de las covariables a lo largo del tiempo. Por otro lado, la definición de HGB no es uniforme, ya que ningún estudio prácticamente define este fenotipo por los 3 períodos del monitoreo ambulatorio de la PA o ambos períodos de monitoreo domiciliario de la PA (diurno y vespertino). Esto es fundamental a la hora de evaluar daño cardiovascular, ya que el período nocturno no es contemplado en muchos de estos estudios, siendo la HA nocturna aislada un marcador de mal pronóstico conocido. Además, estos estudios incorporan a individuos con HGB tanto tratados con antihipertensivo como no. Siendo esta condición totalmente diferente desde el punto de vista cardiovascular.

Teniendo en cuenta estos puntos surge la necesidad de responder a una pregunta clave, ¿El fenómeno/HGB es el responsable del daño cardiovascular, o a largo plazo el cambio de fenotipo a una hipertensión no controlada?

Por otro lado, individuos con HGB que fueron tratados en algunos estudios sin tener en cuenta las mediciones ambulatorias de la PA, presentaron mayor tasa de efectos adversos como hipotensión arterial ambulatoria, mareos y caídas.

Finalmente, no existe ningún ensayo clínico controlado que haya intentado evaluar terapéutica en este fenotipos de pacientes y que nos permita balancear la reducción potencial de los eventos cardiovasculares con los efectos adversos derivados de cifras mas bajas como la insuficiencia renal, internaciones por caídas, fracturas, etc...

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo antes mencionado, quizás sea más importante reconocer aquel paciente con fenotipo de HGB que tenga más riesgo de transformarse en hipertenso verdadero a largo plazo, más que iniciar tratamiento farmacológico precoz donde los beneficios/riesgos no están evaluados a la fecha. Siendo de crucial interés el seguimiento de estos individuos con mediciones de la PA no solo de consultorio, sino ambulatorias.

Lecturas recomendadas:

1. Cohen JB, Lotito MJ, Trivedi UK, Denker MG, Cohen DL, Townsend RR Cardiovascular Events and Mortality in White Coat Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019 Jun 18;170(12):853-862.
2. Banegas JR, Ruilope LM, de la Sierra A, Vinyoles E, Gorostidi M, de la Cruz JJ, Ruiz-Hurtado G, Segura J, Rodríguez-Artalejo F, Williams B. Relationship between Clinic and Ambulatory Blood Pressure Measurements and Mortality. *N Engl J Med.* 2018 Apr 19;378(16):1509-1520
3. Asayama K, Thijs L, Li Y, Gu YM, Hara A, Liu YP, Zhang Z, Wei FF, Lujambio I, Mena LJ, Boggia J, Hansen TW, Björklund-Bodegård K, Nomura K, Ohkubo T, Jeppesen J, Torp-Pedersen C, Dolan E, Stolarz-Skrzypek K, Malyutina S, Casiglia E, Nikitin Y, Lind L, Luzardo L, Kawecka-Jaszcz K, Sandoya E, Filipovský J, Maestre GE, Wang J, Imai Y, Franklin SS, O'Brien E, Staessen JA; International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO) Investigators. Setting thresholds to varying blood pressure monitoring intervals differentially affects risk estimates associated with white-coat and masked hypertension in the population. *Hypertension.* 2014 Nov;64(5):935-42. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.03614. Epub 2014 Aug 18. PMID: 25135185; PMCID: PMC4420482.
4. Stergiou GS, Asayama K, Thijs L, Kollias A, Niiranen TJ, Hozawa A, Boggia J, Johansson JK, Ohkubo T, Tsuji I, Jula AM, Imai Y, Staessen JA; International Database on Home blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDHOCO) Investigators. Prognosis of white-coat and masked hypertension: International Database of Home blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome. *Hypertension.* 2014 Apr;63(4):675-82. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.02741. Epub 2014 Jan 13. PMID: 24420553.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti-Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39:3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
6. Mancia G, Facchetti R, Vanoli J, Dell'Oro R, Seravalle G, Grassi G. White-Coat Hypertension Without Organ Damage: Impact on Long-Term Mortality, New Hypertension, and New Organ Damage. *Hypertension.* 2022 May;79(5):1057-1066.