

Hipertensión Sistólica Aislada Juvenil ¿Tratamiento si o no?

Dr. Herrera A. Federico Médico especialista en clínica medica, Magister en Hipertensión, Presidente del distrito Austral de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

Dr. Wisniowski Carlos Oscar Especialista consultor en Clínica Médica, Magister en Hipertensión Arterial, Socio titular de la SAHA.



A favor del tratamiento:

Dr. Herrera A. Federico

La Hipertensión Sistólica Aislada Juvenil (HSAJ), se define con presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica menor a 90 mmHg, en pacientes de entre 16 y 35 años. Es de suma importancia confirmar el diagnóstico a través de mediciones fuera del consultorio, para descartar hipertensión de Bata Blanca y reclasificar. Esta entidad fue descripta como espuria o inocente en el año 2000 por el Dr. Michael o'Rourke en seis pacientes jóvenes, altos, sin factores de riesgo, en los cuales el describe una amplificación exagerada de la presión arterial central a la periferia (1). En oposición a este concepto otros autores han descripto un aumento del riesgo cardiovascular en estos sujetos. En el año 2022 se publica un estudio alemán basado en la cohorte Mónica/Kora, en la cual los pacientes con HSAJ tuvieron un riesgo 89% mayor de mortalidad cardiovascular en comparación con los normotensos (2). En el análisis de las características de esta cohorte, los pacientes tenían un promedio de edad de 35 años, 43% eran tabaquistas, 50% sedentarios y el BMI promedio fue de 26,6. Por lo cual este grupo de pacientes era diferente al descripto como espurio. En el años 2021 se realiza una revisión muy completa con el análisis de 20 artículos seleccionados de un total de 420, y entre las principales conclusiones, la existencia de un grupo saludable y uno menos saludable y entre las características hemodinámicas aquellos pacientes con medición de la presión aortica central menor a 120,5 mmHg tenían un mejor pronóstico,

mientras que aquellos con presión aortica central elevada (mayor a 120,5 mmHg) tenían mayor riesgo cardiovascular y evolución similar a los verdaderos hipertensos (3). En el caso de no contar con la medición de la presión central, un estudio Ucraniano, determinó las siguientes características clínicas que pueden predecir la elevación de la Presión Central: medir menos de 178 cm, pesar más de 91 kg y la Presión Diastólica mayor a 80 mmHg; la presencia de 2 factores da una sensibilidad del 92% y una especificidad del 88% de obtener una presión central elevada (4).

Por lo tanto, para poder determinar que pacientes se podrían beneficiar con un tratamiento farmacológico, debemos primero confirmar el diagnóstico a través de MAPA 24 hs, luego debemos tener en cuenta características favorables como: altura (a mas talla menor riesgo), ausencia de tabaquismo, dislipemia, síndrome metabólico, peso adecuado, frecuencias cardiacas cercanas a 60 latidos por min y activos deportivamente y la presión aortica central normal. A este grupo le corresponde tratamiento no farmacológico y seguimiento. En el otro extremo se encuentran los pacientes con factores de riesgo como tabaquismo, dislipemia, síndrome metabólico, hijos de hipertensos, menos altos, con sobrepeso y con presión aortica central elevada. En esta situación es donde hay que considerar el uso de fármacos anti hipertensivos.

Como conclusión final, resulta fundamental, la evaluación detallada de estos pacientes para poder determinar cuales de ellos se podrían beneficiar con un tratamiento farmacológico y no postergar el tratamiento y en los que se determine no tratarlos, realizar un seguimiento cercano para poder de esta manera pesquisar cambios en el patrón hemodinámico.

Bibliografía

1. Michael F O'Rourke, Charalambos V, et al. Spurious systolic hypertension in youth. *Vascular Medicine* 2000; 5: 141–145.
2. Seryan Atasoy, Middeke Martin, et al. Cardiovascular mortality risk in young adults with isolated systolic hypertension: findings from population-based MONICA/KORA cohort study. *Journal of Human Hypertension* (2022) 36:1059–1065.
3. Holly Scott, Matthew J. Barton, et al. Isolated systolic hypertension in Young males: a scoping review. *Clinical Hypertension* (2021) 27:12
4. Radchenko G D, Torbas O O, et al. Predictors of high central blood pressure in Young with isolated systolic hypertension. *Vascular Health and Risk Management* 2016;12 321–328.
5. Carmel M., McEniery, et al. Isolated Systolic Hypertension in Young People Is Not Spurious and Should Be Treated. *Hypertension*. 2016;68:269-275

En Contra del tratamiento farmacológico:

Dr. Wisniowski Carlos Oscar

La implicación pronostica de la hipertensión sistólica aislada, definida como una presión arterial sistólica de al menos 140 mmHg y una presión arterial diastólica de menos de 90 mmHg, entre adultos jóvenes (mayoritariamente varones) y de mediana edad sigue estando en continuo debate. Existe discusión en la literatura sobre la importancia clínica de la HSAJ, es decir, si esta afección se asocia con peores resultados y requiere tratamiento antihipertensivo. La HSAJ es una condición muy heterogénea que puede incluir individuos con antecedentes genéticos y fisiopatológicos muy diferentes, presentando distintos fenotipos. En un extremo tenemos pacientes delgados, atléticos, y de talla alta, donde podría existir un mecanismo de amplificación en arterias periféricas. Por otro lado, encontramos pacientes con síndrome metabólico, que presentan aumento de la rigidez vascular, con o sin aumento del volumen sistólico.

Una vez diagnosticada la hipertensión sistólica aislada, se debe realizar un monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) para descartar la hipertensión de bata blanca. Descartada esta última entidad, es necesario medir la presión aórtica central (PAC), que está aumentada en la HSAJ y es normal en la hipertensión arterial espuria, una condición aparentemente inocente que sin embargo, algunos estudios han encontrado que un 20 % de esas personas tenían un aumento en la velocidad de la onda del pulso. En el estudio Harvest, Saladini y col. concluyeron sobre una muestra de 67 individuos con HSAJ que los pacientes con PAC normal luego de un seguimiento de 9.5 años no presentaron hipertensión arterial que requiriera tratamiento hipotensor a diferencia de los que tenían PAC aumentada. Es crucial tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y el daño de órgano blanco que presente el paciente con HSAJ. Recientemente, Benas y colaboradores hallaron que la presencia de dos o más estudios positivos para identificar daño de órgano blanco (velocidad de onda del pulso, disfunción diastólica del ventrículo izquierdo, hipertrofia ventricular izquierda, engrosamiento de la íntima media carotídea y alteración de la microcirculación coronaria) en jóvenes hipertensos caracteriza a una "población de alto riesgo". La rigidez arterial representa el daño de órgano predominante. Palatini y colaboradores realizaron un estudio en pacientes jóvenes deportistas y encontraron que aquellos con hipertensión sistólica y una presión media aumentada en el MAPA eran predictores de futura hipertensión, después de casi 7 años de seguimiento.

De acuerdo con las recientes Guías Europeas de Hipertensión Arterial, los jóvenes con HSAJ deben recibir recomendaciones sobre modificaciones en el estilo de vida, en particular el cese del tabaquismo, restricción de sodio (NaCl) y dieta hipocalórica en presencia de sobrepeso. Además, requieren un seguimiento estrecho porque aquellos con presión aórtica central alta son propensos a desarrollar hipertensión sistólica-diastólica sostenida con el tiempo. Solo futuros estudios clínicos bien diseñados elucidarán si se puede obtener un beneficio con tratamiento farmacológico en algunos subgrupos de pacientes con HSAJ asociados con factores de riesgo y/o alta presión aórtica central.

Conclusión: La HSAJ es una condición heterogénea que respondería a distintos mecanismos fisiopatológicos hipotéticos. Mientras no haya evidencia científica que respalde el tratamiento farmacológico, la recomendación general es adoptar medidas no farmacológicas y realizar un seguimiento clínico. En el caso de pacientes individualizados con factores de riesgo y daño de órgano blanco, podría considerarse el tratamiento farmacológico.

Bibliografía

1- Mancia G et al - 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2023 Dec 1;41(12):1874-2071

2- Palatini P et al. E. Clinical characteristics and risk of hypertension needing treatment in young patients with systolic hypertension identified with ambulatory monitoring. *J Hypertens* 2018; 36:1810–1815.

3- Benas D et al. Hypertension-Mediated Organ Damage In Young Patients With First-Diagnosed And Never Treated Systolic Hypertension. *Curr Vasc Pharmacol.* 2023;21(3):197-204

4- Saladini F et al. Isolated systolic hypertension of young-to-middle-age individuals implies a relatively low risk of developing hypertension needing treatment when central blood pressure is low. *Journal of Hypertension*: July 2011; (29,7):1311–1319.