

TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

POR CARLOS MONGE-CASINELLI *

La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte en el mundo. El problema de tratamiento no es sólo académico, ni se resuelve actualmente con la simple administración de un fármaco por un corto período de tiempo.

Cuando el médico toma la presión a su paciente y la encuentra elevada, a menudo se contenta con el diagnóstico de hipertensión arterial esencial y si así lo hace, estará en lo cierto el 95% de las veces. El 5% que resta, no es despreciable, pues dentro de él puede haber enfermedades que tienen tratamiento específico, tales como la Enfermedad de Cushing, el Feocromocitoma, etc. Es pues indispensable separar este 5% antes de establecer un tratamiento.

Existe dentro del cuadro de la hipertensión esencial la variedad maligna cuya clínica e incidencia es muy poco conocida entre nosotros.

La figura (1) muestra la incidencia de complicaciones entre las dos variedades de hipertensión. Puede verse cómo la insuficiencia renal es mucho más frecuente en la variedad maligna.

La presencia de uremia en un hipertenso hace casi automático el diagnóstico de nefritis crónica en nuestro medio, con excepción de aquellos centros que tienen especial interés en el problema. Es, pues, conveniente establecer el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades, lo que es, a veces, imposible.

La tabla (1) muestra las principales diferencias entre la nefritis crónica y la hipertensión maligna. Una historia de pasado renal negativo, con presión arterial diastólica muy elevada, moderada albuminuria, hipertrofia cardíaca izquierda, descompensación cardíaca, y alta fracción de filtración renal, hablan a favor de hipertensión maligna.

* Resumen de la Conferencia.

ESENCIAL

MALIGNA

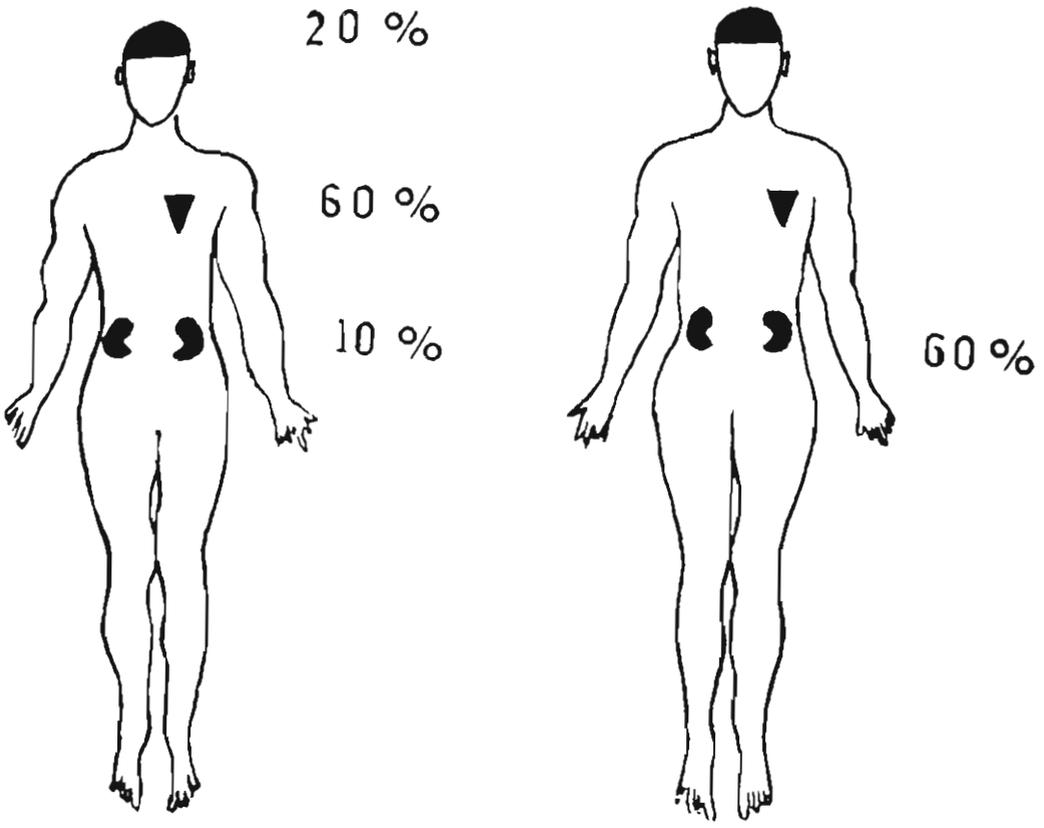


Figura 1

- 1.
2. Diastólica
3. Albuminuria
4. Corazón
5. E.C.G.
6. Insuf. Card.
7. Frac. Filtración

<i>Hipertensión maligna</i>	<i>Neftitis crónica</i>
Historia	Historia
Moderada elevación	Muy elevada
7.0 g/24 h.	7.0 g/24 h.
en globo	hipertrofia izquierda
desviación izquierda	desviación izquierda
cambios ST—T +	cambios ST—T: +++
+	+++
0.30	0.15

Tabla I

La hipertensión arterial esencial es un proceso que acompaña al sujeto toda la vida y, por lo tanto, es indispensable conocer su historia natural antes de emprender el tratamiento. Para medir la velocidad de un vehículo no nos basta verlo pasar por un punto, requerimos por lo menos dos. No podemos conformarnos con ver al paciente una vez, sino debemos juzgar de la velocidad de evolución de su enfermedad. Si el compromiso orgánico producido por la elevada presión arterial es tan pobre que se confunde con el proceso natural de desgaste o envejecimiento tisular, no será necesario el tratamiento. Si la enfermedad avanza rápidamente, el tratamiento se hace imperioso. El diagnóstico de hipertensión maligna va acompañado de pronóstico sombrío. La duración máxima de vida es de dos años y, por lo tanto, el médico no debe tener escrúpulo en recurrir a las medidas más drásticas para bajar la presión arterial.

Tratamiento.

El tratamiento etiológico de la hipertensión arterial puede hacerse en número muy reducido de casos, como por ejemplo en el feocromocitoma, o en la pielonefritis crónica unilateral, etc. La hipertensión arterial esencial abarca el 95% de los casos de hipertensión y es de causa desconocida. Actualmente sólo nos podemos conformar con bajar la presión arterial. Todos los expertos en hipertensión están de acuerdo en aceptar que existe en la hipertensión un círculo vicioso en la lesión vascular producida por una tensión diastólica muy elevada; esta lesión, aumentando la resistencia periférica, perpetuaría o agravaría la hipertensión. Se trata de romper este círculo bajando la presión. Algunos autores creen que todo aumento de la presión arterial es dañino y proponen bajarla a cifras normales en todos los casos.

El tratamiento debe ir precedido de una cuidadosa selección de pacientes y de una cuidadosa selección de métodos:

α).—Selección de pacientes.

En la práctica debe ser tratado todo pacientes con hipertensión maligna. El criterio de selección de pacientes con hipertensión arterial esencial depende del médico tratante, pero en general, deben ser tratados aquellos con presiones diastólicas elevadas (por encima de 120 mmHg), o aquellos en quienes la evolu-

ción de la enfermedad pone en peligro las redes vasculares vitales.

Habrá que proceder a la baja de la presión con grandes precauciones en pacientes con marcada arterioesclerosis cerebral, en quienes la baja de la presión puede conducir a la trombosis cerebral y en pacientes urémicos en quienes la baja de la presión puede disminuir el flujo sanguíneo renal y acentuar la uremia.

b).—Selección de métodos.

Señalamos numerosos los tratamientos propuestos para la reducción de la presión arterial y sería largo ocuparse extensamente de cada uno de ellos. Cualquier método o medicamento es bueno si es que con él se logra una baja razonable de la presión arterial, sin causar daño o excesivas molestias al paciente.

Con el objeto de dar una idea de la diversidad de acciones de las drogas o métodos más comunes que pueden utilizarse en la reducción de la presión arterial, seguiremos el esquema publicado por Mendlowitz el año 1953. *

La figura Nº 2 es un esquema de la sinopsis motoras que controlan el tono simpático vasomotor. Nos servirá como mapa para localizar la acción de los procedimientos o drogas hipotensoras.

A nivel de la corteza se supone que actúa la psicoterapia, los barbitúricos y la *Rawoufia serpentina*. La psicoterapia y el fenobarbital ha sido el procedimiento hipotensor más popular y, a veces, el más eficaz. Deben usarse en los casos de hipertensiones benignas de tipo lábil. La *Rawoufia serpentina* es una planta en la India; los extractos de las raíces y de las hojas tienen propiedades hipotensoras y sedantes del sistema nervioso. Actualmente se ha purificado alcaloides de estos extractos que tienen propiedades similares. Esta droga no es tóxica y puede ser usada con éxito en las hipertensiones benignas. Como efectos secundarios produce congestión nasal, decaimiento general y tendencia a engordar.

A nivel hipotalámico se supone que actúan los alcaloides del *veratrum* y tal vez la 1-Hidrazino-talazina (*Apresolina*). Los alcaloides del *veratrum*, aunque muy eficientes como hipotensores y poco tóxicos, tienen el inconveniente de la cercanía de la dosis

* The treatment of Hypertension with Drugs.

Milton Mendlowitz, *Annals of Internal Medicine*, 39: 999; 1953.

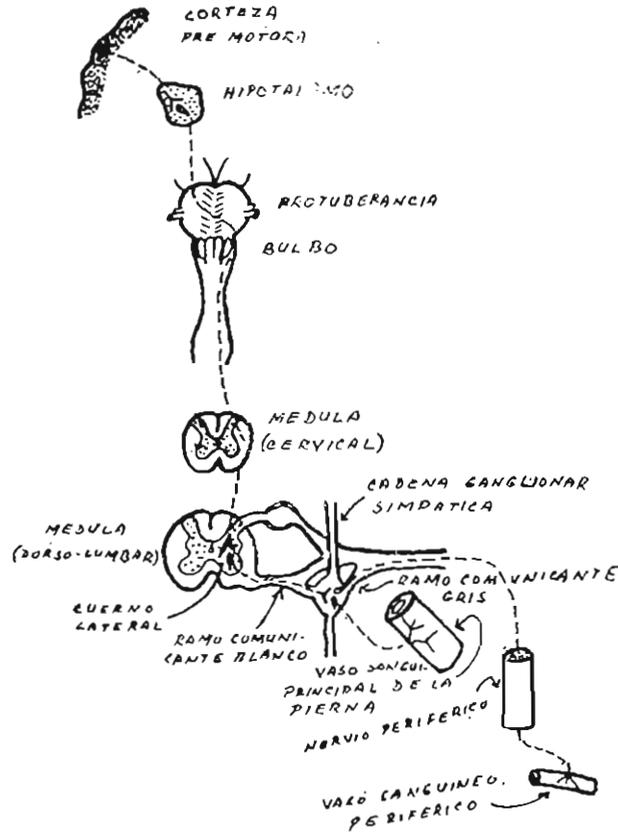


Figura 2

terapéutica con la dosis emética y esto limita su acción. Actualmente se está ensayando su administración conjuntamente con antieméticos potentes como la clorpromazina (Largáctil). La 1-Hidrazino-talazina (Apresolina) presenta el inconveniente de sus efectos secundarios: cefalea, taquicardia, dolores articulares y puede llegar a producir un cuadro parecido al lupus eritematoso, en aproximadamente el 10% de los casos tratados por largo tiempo, o a grandes dosis. Este cuadro que puede ser reversible en muchos casos al suspender el tratamiento, llega en otros a obligar al médico al uso del ACTH o Cortisona tal como sucede en los casos establecidos de enfermedad del colágeno.

A nivel de la médula cervical, actúa la procaína intrarraquídea que, aunque no se usa en terapéutica, se la ha empleado como guía para apreciar el efecto de una simpatectomía ulterior.

A nivel de la cadena ganglionar simpática, actúa un grupo de drogas bloqueadoras que son los compuestos del metonio. La más usada actualmente es el hexametonio. La droga puede ser un excelente hipotensor. Como también bloquea la cadena parasimpática, puede producir característicos efectos secundarios como: midriasis, sequedad de la boca, constipación que puede llegar al ileo paralítico, parálisis vesical, impotencia en el varón. Produce con frecuencia una hipotensión postural muy acentuada.

Es posible que cuando se descubra un método para determinar esta droga en pequeñas cantidades de sangre, se logre un mejor control del tratamiento. Hasta la fecha sólo existe el método de ensayo biológico, largo, complicado y poco exacto y el método químico desarrollado por nosotros que sólo puede ser usado en grandes cantidades de sangre y por lo tanto no es aplicable a la clínica. (2)

A nivel de las terminaciones del simpático, actúa un grupo de drogas bloqueadoras tales como Dibenamina y la Dibenzilina. Los efectos secundarios, congestión nasal, hipotensión postural, náusea, vómito y shock, han hecho estas drogas inaplicables en la práctica. Los efectos son pasajeros y las dosis efectivas orales producen náusea y vómito. Hay drogas como la Priscolina y la Histamina que dilatan los vasos, pero como actúan especialmente sobre las arteriolas, no son prácticas. Los sulfocianuros usados antes y la dieta hiposódica, se cree que actúan en alguna manera sobre el metabolismo oxidativo de los vasos, o sobre su equilibrio electrolítico y esta acción se traduciría en vasodilatación. Los sulfocianuros se han abandonado por su toxicidad y por el inconveniente de hacer necesarios frecuentes determinaciones sanguíneas de la droga para evitar accidentes mortales. La dieta hiposódica puede ser muy efectiva, si es que la reducción del sodio en ella llega a 200 mgms/24 h. Sólo un 25% de los pacientes responden al tratamiento y las dificultades dietéticas son tan grandes que el tratamiento se hace difícil. En

** Volume of Distribution of Hexamethonium in Nephrectomized Dogs.
Carlos Monge C., A. C. Corcoran, Francesco del Greco and Irvine H. Page.
The American Journal of Physiology, 178: 256-258, N° 2; 1954.

nuestro medio es excepcional el paciente que tolera una dieta hiposódica tan estricta y las dificultades son mayores que en el extranjero por nuestros hábitos alimenticios. La dieta hiposódica estricta puede llevar a la hiponatremia y a la uremia extrarrenal.

A nivel de la musculatura lisa de los vasos sanguíneos actúan xantinas y los nitritos como bloqueadores. Su acción es fugaz.

R E S U M E N

El 95% de los pacientes hipertensos tiene hipertensión esencial. Dentro del 5% que resta puede encontrarse casos en quienes el diagnóstico de feocromocitoma, o lesión unilateral renal puede resultar en la cura definitiva de la hipertensión. Existe una variedad de hipertensión esencial llamada maligna cuya rápida evolución hace imperioso el tratamiento. Debe ser separada del grupo de la nefritis crónica con la que se confunde a veces. El tratamiento actual consiste en bajar la presión arterial, que no sólo alivia al enfermo, sino que rompe un círculo vicioso que daña los vasos sanguíneos.

Deben ser tratados todos los pacientes con hipertensión arterial maligna y todos los que teniendo hipertensión arterial esencial presentan una diastólica muy elevada más de 120 mmHg), o rápida evolución de la enfermedad. En el resto de hipertensos basta la psicoterapia y la terapéutica sedante. Es preciso tener especiales precauciones con pacientes arterioescleróticos o urémicos, en quienes una excesiva reducción de la presión arterial o su caída brusca puede producir trombosis cerebral, o aumento de la uremia respectivamente.

El procedimiento, o droga a escoger, será bueno si es que se logra una baja razonable de la presión arterial sin daño mayor para el paciente, o sin causarle excesivas molestias. Se hace una somera descripción de los principales procedimientos o drogas actualmente en uso.