

En conclusión, aunque la administración de IECA sigue siendo eficaz en presencia de lesión renal avanzada, un inicio precoz de la terapia, cuando el daño renal es mínimo o ausente, mejora la eficacia nefroprotectora de dicho tratamiento.

J Segura

Isquemia miocárdica silenciosa en pacientes con hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus no insulino dependiente

La presencia conjunta de diabetes mellitus e hipertensión arterial empeora de forma significativa la función miocárdica mediante un efecto negativo directo sobre los miocitos y la microcirculación coronaria, y una aceleración del proceso aterosclerótico en las arterias coronarias principales. El objetivo de este estudio fue establecer la importancia de la diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) sobre la incidencia de isquemia miocárdica silenciosa (IMS) en pacientes con hipertensión arterial y sin antecedentes de enfermedad coronaria previa.

Se analizaron 41 pacientes con hipertensión arterial esencial y DMNID tratados con dieta e hipoglucemiantes orales (grupo I) y 40 pacientes con hipertensión arterial sin DMNID (grupo II). Ambos grupos eran comparables en cuanto a edad, género, duración previa, severidad y presencia de complicaciones relacionadas con la hipertensión. El tiempo medio de evolución de la DMNID en el grupo I era de 6,8 años.

En todos los pacientes se realizó una medición convencional y automática de la presión arterial y frecuencia cardíaca, un registro electrocardiográfico continuo durante 24 horas, ecocardiograma y perfil bioquímico.

La IMS fue más frecuente en el grupo I que en el grupo II (29,3 % frente a 12,5 %, $p < 0,005$). En el grupo I la duración total de la IMS fue superior (37,3 frente a 2,8 min, $p < 0,001$) y el número total de episodios de IMS fue mayor (15,5 frente a 2,6, $p < 0,001$) en comparación con el grupo II. No se observaron diferencias intergrupos en la presión arterial, frecuencia cardíaca, índice de masa ventricular izquierda, ni en la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (75,6 % frente a 60 %). El perfil lipídico en ambos grupos mostraba un elevado riesgo de enfermedad coronaria, pero sin diferencias significativas entre grupos.

En conclusión, en pacientes con hipertensión arterial esencial y DMNID la incidencia y severidad de la IMS es claramente superior que en los hipertensos sin diabetes. El empleo de

modernas técnicas diagnósticas permite la identificación de aquellos pacientes de elevado riesgo, con las consiguientes implicaciones clínicas y terapéuticas.

Lubaszewski W, Kawecka-Jaszcz K, Czarneka D, Rajzer M, Stochmal A. Silent myocardial ischaemia in patients with essential arterial hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Hum Hypertens* 1999; 13:309-313

Comentario

Tanto la hipertensión arterial como la diabetes mellitus son factores de riesgo coronario bien conocidos, y su asociación incrementa considerablemente dicho riesgo. La resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia, la intolerancia hidrocarbonada o la diabetes franca asociadas a obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, hiperuricemia, alteraciones de la coagulación y de la fibrinólisis son los componentes del denominado síndrome X.

Desde un punto de vista pronóstico y terapéutico es importante establecer la influencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en el desarrollo de la isquemia miocárdica. El diagnóstico de IMS se realiza mediante los descensos transitorios del segmento ST, la presencia de defectos de perfusión miocárdica o trastornos reversibles del movimiento de un segmento de la pared miocárdica. Aunque la IMS es un fenómeno descrito hace tiempo, su estudio ha aumentado mucho en los últimos años debido a la disponibilidad de técnicas diagnósticas más sofisticadas.

La IMS es un indicador de isquemia miocárdica en ausencia de dolor anginoso o de algún equivalente anginoso. Aunque la IMS no se acompaña de dolor, se asocia con un peor curso clínico de la enfermedad. Son numerosos los estudios epidemiológicos que muestran una mayor incidencia de complicaciones cardíacas y también de episodios de IMS, siguen un ritmo circadiano. Este estudio también confirma dicho fenómeno: el mayor número de episodios de IMS se produjo entre las 5:00 y las 9:00 horas y entre las 17:00 y 21:00 horas. La incidencia de hipertrofia ventricular izquierda no mostró diferencias significativas entre ambos grupos, si bien el porcentaje fue discretamente superior en el grupo I en probable relación con la presencia de sobrepeso asociado a la DMNID. Numerosas evidencias indican que la hipertrofia ventricular izquierda predispone al desarrollo de cardiopatía isquémica por aumento del consumo miocárdico de oxígeno y disminución de la reserva coronario. Es posible que la presencia de un índice de masa corporal más elevado, unido a una mayor incidencia de hipertrofia ventricular en el grupo I influyan en la incidencia de IMS en sujetos DMNID.

J Segura