

Hipertrofia de ventrículo izquierdo con cifras de presión arterial normales en consulta. Detección de la HTA mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial

J. Motero Carrasco*, E. Márquez Contreras**, J. J. Casado Pérez*,
F. Atienza Martín*, C. Palomar Gallardo***

*Cardiólogo. Centro Periférico de Especialidades Virgen de la Cinta. Huelva. **Atención Primaria. Distrito Huelva.
***Escuela Universitaria de Enfermería de Huelva

Se describe el caso clínico de un paciente con hipertrofia de ventrículo izquierdo, tanto ecocardiográfica como electrocardiográficamente y con presiones arteriales repetidamente normales en consulta, sin criterios de miocardiopatía hipertrófica. Mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial se observa elevación de la misma en un período difícil de ser detectado mediante la toma casual.

Palabras clave: presión arterial, hipertensión arterial, hipertrofia de ventrículo izquierdo, monitorización ambulatoria de presión arterial.

Motero J, Márquez E, Casado JJ, Atienza F, Palomar C. Hipertrofia de ventrículo izquierdo con cifras de presión arterial normales en consulta. Detección de la HTA mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Hipertensión* 2002;19(1):40-3.

Left ventricular enlargement with normal office-based blood pressure values.

Detection of AH by means of ambulatory blood pressure monitoring

Case report of a patient with echocardiogram - and electrocardiogram - proven left ventricular enlargement and with repeatedly normal office-based arterial blood pressure values, with no myocardial enlargement criteria. By means of ambulatory blood pressure monitoring, increased blood pressure was observed for a period unlikely to be detected by casual blood pressure determination.

Key words: arterial pressure, arterial hypertension, left ventricular enlargement, ambulatory blood pressure monitoring.

Introducción

La sobrecarga hemodinámica impuesta al ventrículo izquierdo como consecuencia del aumento de la presión arterial (PA), conduce a la hipertrofia ventricular izquierda (HVI), que si bien al comienzo se comporta como un proceso adaptativo, a la larga lleva a consecuencias nefastas como la cardiopatía isquémica, arritmias ventriculares o insuficiencia cardíaca¹. Ciertamente, en muchos casos no existe una relación directa entre el grado de elevación de la PA y el desarrollo de la HVI, ni tampoco conocemos con exactitud cuánto debe ascender la presión o cuántas horas son necesarias para comenzar la misma. De hecho, en un número significativo de pacientes con presiones arteriales límites encontramos diferentes grados de HVI². El desarrollo de las técnicas de monitorización de la presión arte-

rial durante 24 horas (MAPA) nos ha enseñado que existen pacientes con presiones normales en consulta y con ecocardiogramas o electrocardiogramas (ECG) que ponen de manifiesto HVI, pero que a lo largo del día desarrollan períodos de subidas tensionales que podrían justificar la misma.

Exposición del caso

Historia clínica

Paciente de 62 años de edad, sacerdote de profesión, fumador de diez cigarrillos diarios, no bebedor, no hipertenso conocido, que presenta palpitaciones y disnea de moderados esfuerzos desde hace unos seis meses.

En un ECG rutinario le detectan HVI, por lo que es remitido a nuestra consulta.

Exploración física

Buen aspecto general. Talla, 172 cm. Peso 69 kg. Inspección sin interés. Se palpa latido apexiano intenso e hiperdinámico.

Correspondencia:
J. Motero Carrasco.
Gravina, 9.
21001 Huelva.

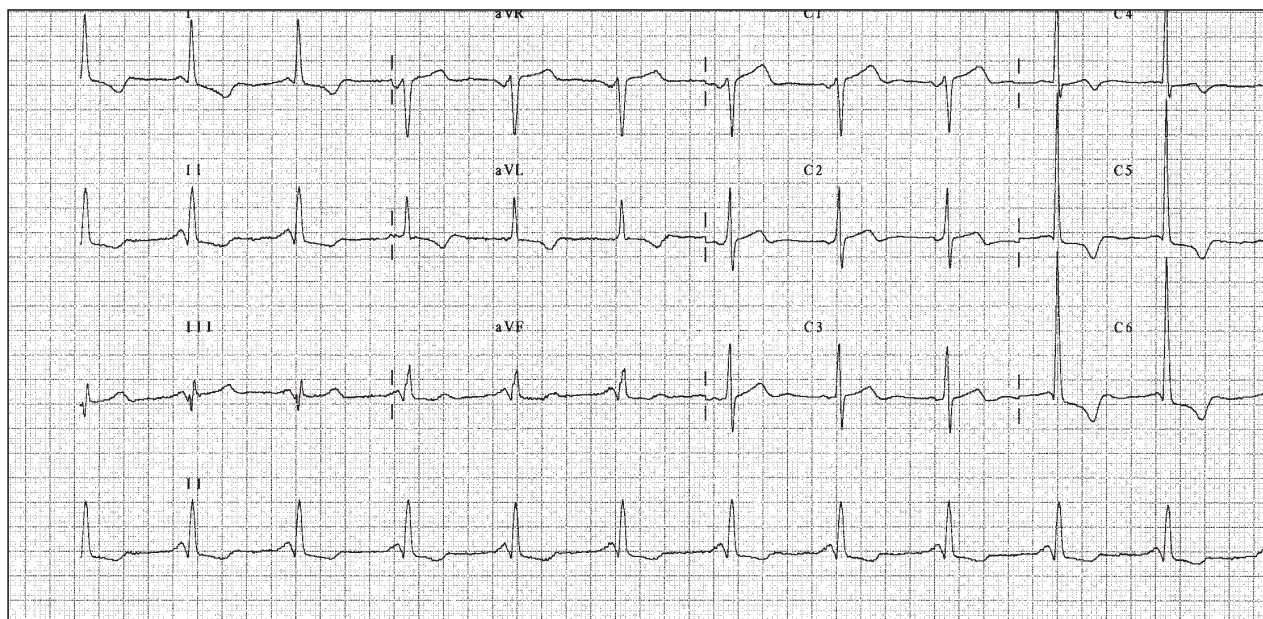


Fig. 1. Electrocardiograma: hipertrofia y sobrecarga sistólica de ventrículo izquierdo.

Auscultación cardíaca: ritmo sinusal a 76 s/m con refuerzo del segundo ruido. Soplo sistólico I/VI con características de hiperflujo. No se detectan soplos diastólicos ni extratonos. Auscultación pulmonar normal. Cifras de presión arterial en decúbito supino y brazo derecho de 140/90 mmHg; sentado, 145/90 mmHg segundo. Tras 5 minutos de relax y charla informal con el paciente las cifras son de 150/90 mmHg. ECG (fig. 1): ritmo sinusal a 70 s/m con morfología de HVI y sobrecarga sistólica de VI.

Análítica: bioquímica y hematimetría sin alteraciones relevantes. Análisis de orina normal. Radiografía de tórax: silueta cardíaca dentro de los límites de la normalidad. Vascularización pulmonar normal. Existe elongamiento del cayado aórtico. Ecocardiograma (fig. 2): hipertrofia concéntrica de VI, con diámetro de pared posterior y de septo de aproximadamente 16 mm. Ligera dilatación de aurícula izquierda. Existe disfunción diastólica de retraso en la relajación ventricular.

Se realizó una MAPA (fig. 3) que puso de manifiesto una ligera elevación de la presión arterial sistólica durante las primeras horas de la mañana y un importante aumento de la sistólica y diastólica durante la hora previa a la celebración de la misa, que tenía su cenit durante la consagración y persistía una hora después de haber terminado los oficios religiosos. Antes de la instauración de un tratamiento farmacológico se realizó una nueva MAPA que se superpuso en todos los períodos a la primera.

El paciente realizó tratamiento farmacológico con propranolol 40 mg una hora antes de los ofi-

cios religiosos, 20 mg de enalapril por las mañanas, en el momento de levantarse, y 10 mg de benzodiazepan al acostarse. Además se le recomendó no fumar y seguir las medidas higiénico-dietéticas propias del tratamiento antihipertensivo. Se volvió a evaluar dos meses más tarde. El horario de los oficios durante el verano había cambiado una hora más tarde. Tenía pesadillas, probablemente por el propranolol, y tos que se consideró secundaria a la toma del enalapril. La curva de presión arterial mediante la MAPA (fig. 4) seguía mostrando una ligera elevación de las cifras de presión arterial sistólica durante las primeras horas de la mañana y también durante las dos horas del oficio religioso. La presión arterial diastólica era prácticamente normal, así como la frecuencia cardíaca. Se sustituyó el propranolol por atenolol en dosis de 50 mg y en el

Fig. 2. Ecocardiograma: hipertrofia de ventrículo izquierdo.

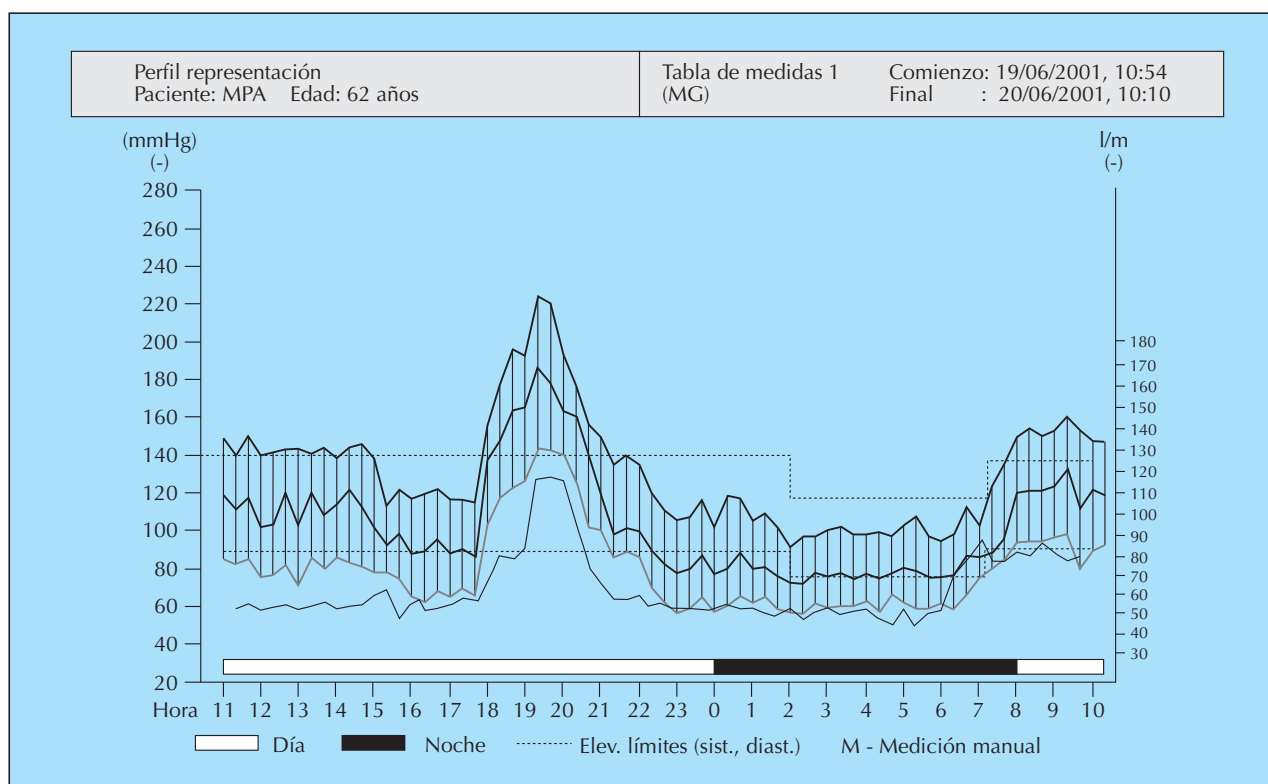


Fig. 3. MAPA antes del tratamiento.

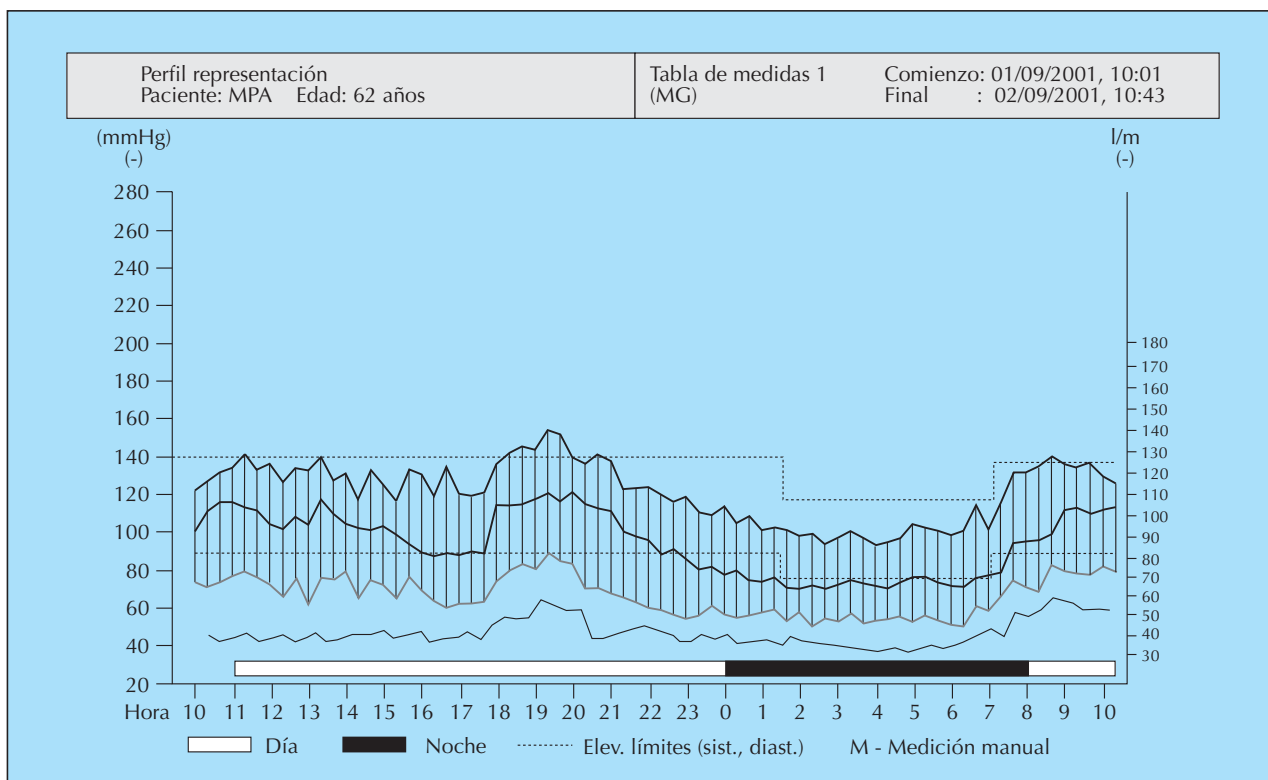


Fig. 4. MAPA postratamiento.

mismo horario; el enalapril se cambió por irbersartan en dosis de 300 mg al comenzar el día, y se mantuvo el benzodiacepan en dos tomas diarias. Hemos vuelto a ver en clínica al paciente, totalmente asintomático en cuanto a las palpitaciones y la tos. Ya no es fumador. Tiene actualmente cifras elevadas de glucemia basal.

Discusión

Estímulos autolimitados como son la realización de un ejercicio físico, sobre todo si éste es isodinámico, o la realización del coito, son capaces de provocar intensas variaciones en las cifras de presión arterial que pueden llegar a incrementarse hasta 120 mmHg de PAS y más de 55 mmHg de PAD³. También conocemos que estímulos psicológicos son capaces de causar una reacción que conduce al aumento de la PA, sea a través de fenómenos neurológicos o a través de otras vías menos conocidas para nosotros. De hecho, los hipertensos tienen un alto grado de personalidad de tipo A, en algunos casos caracterizada por períodos de ansiedad racionalizada y fluctuante libre⁴. Algunos autores han propuesto la realización de psicoterapia para aliviar algunos de los problemas psicológicos, siendo el alivio de la ansiedad una importante meta terapéutica⁵. Este caso, quizá algo exagerado, ilustra claramente las influencias que factores externos al paciente, como la personalidad de tipo A,

la influencia emotiva o un estrés conductual, pueden tener sobre el comportamiento de las cifras tensionales. Cuando se investigó al paciente éste nos relató que los oficios religiosos los vivía como una mezcla de ansiedad y suma satisfacción, no pudiendo evitar emocionarse intensamente en el momento que entendía como la esencia del cristianismo. El resto del día era menos grato para él y en consecuencia, menor era su grado de satisfacción.

La introducción del betabloqueante y un ansiolítico antes del acto religioso controló sus cifras tensionales. En un año evaluaremos si el descenso de las cifras de PA ha llevado a un menor grado de HVI y, probablemente, a disminuir el riesgo de morbimortalidad cardiovascular.

Bibliografía

1. Díez J. La hipertrofia ventricular izquierda de la hipertensión arterial. Madrid: Biblioteca Científica Sigma Tau; 1991. p. 59-66.
2. Sheridan DJ. Left ventricular hypertrophy. London: Churchill Communications Europe Limited Ed.; 1998. p. 23-9.
3. Pickering TG. Short term variability of blood pressure and the effects of physical and mental activity. En: Ambulatory Monitoring and blood pressure variability. New York: Science Press Ed.; 1991. p. 41-7.
4. Nordby G, Ekeberg O, Knardahl S, Os I. A double-blind study of psychosocial factors in 40-years-old women with essential hypertension. *Psychoter Psychosom* 1995;63:142-50
5. Smyth KA, Yarandi HN. Relative risk of untreated hypertension in type A employed african american women. *J Hum Hypertens* 1994;8:89-93.