

No toda hipertensión arterial es fenómeno de bata blanca

Y. Mañes Jiménez, B. Pérez García, M. I. Jiménez Candell, P. J. Carpena Lucas, A. Moriano Gutiérrez
Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia. España.

PUNTOS CLAVE

- La detección de una tensión arterial por encima del percentil adecuado de sexo, peso y talla en cualquier examen físico de un niño/niña requiere un estudio clínico completo y seguimiento del mismo.
- Actualmente, el fenómeno de bata blanca se cree que puede ser un marcador de desarrollo posterior de hipertensión arterial (HTA) real.
- Aunque el fenómeno de bata blanca es causa frecuente de HTA, hay que confirmarlo y descartar otras causas, como la coartación de aorta, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz puede evitar el desarrollo de HTA residual.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una niña de 11 años que se remite a la consulta externa de Cardiología Infantil para estudiar un soplo detectado en la exploración rutinaria de salud por su pediatra de Atención Primaria. La paciente se encuentra clínicamente asintomática. Solo consta una medida de tensión realizada, de 140 mmHg de sistólica y 80 mmHg de diastólica. Refiere que se encontraba nerviosa cuando se le tomó. Ya en la consulta de Cardiología Infantil se detecta solo a la exploración un soplo sistólico eyectivo suave que no irradia. El resto de la exploración es normal. Al tomar la tensión arterial, también se objetivan cifras en rango de la hipertensión. De nuevo refiere ansiedad en ese momento, por lo que no se le da importancia. Se le realiza un electrocardiograma que detecta signos de crecimiento ventricular

izquierdo y una ecocardiografía donde se observa un estrechamiento del istmo aórtico. Finalmente, se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN) (Figura 1) que confirma el diagnóstico de coartación de aorta leve tras el origen de la subclavia izquierda. Ante dicho hallazgo, se solicita una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), donde se evidencia una HTA de predominio nocturno, por lo que se inicia tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), a la espera de la realización del cateterismo.



Figura 1. Resonancia magnética nuclear que evidencia coartación de aorta leve tras origen de subclavia izquierda

DISCUSIÓN

La prevalencia de la HTA en niños está en ascenso, en gran medida debido al aumento de la obesidad infantil. Un 35% de los casos detectados de HTA en la consulta de Pediatría son atribuibles al fenómeno de bata blanca¹. Aunque existe la conciencia de la benignidad del proceso, actualmente se considera que puede ser un marcador de desarrollo posterior de HTA real. Es por ello que se requiere un seguimiento y confirmación de los casos detectados y descartar otras causas secundarias antes de otorgar este diagnóstico. Entre las etiologías de HTA secundaria en niños, la coartación de aorta es la causa cardiológica más frecuente². Las indicaciones de tratamiento de la coartación de aorta leve incluyen la HTA sistémica y/o una circulación colateral significativa en la RMN. La corrección de la coartación de aorta debe ser realizada en la infancia temprana para prevenir el desarrollo de HTA sistémica residual. Si no se ha efectuado el diagnóstico precoz de la coartación y existe ya HTA, la reparación debe ser realizada en el momento del diagnóstico³.

Realmente, aunque la tensión arterial típicamente caiga después de una reparación adecuada, no son infrecuentes la HTA persistente o recurrente y la HTA desproporcionada con el ejercicio. La edad de reparación es un determinante importante. Cuando la reparación es realizada después de los diez años, la HTA es común; sin embargo, si la reparación es realizada en la infancia temprana, la HTA es menos frecuente. Los factores responsables

del riesgo persistente de HTA tras reparación de la coartación de aorta no son bien conocidos. Entre los factores probables se encuentran las anomalías estructurales y funcionales que afectan a la pared arterial⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mattoo TK, Niaudet P, Kim MS. Epidemiology, risk factors, and etiology of hypertension in children and adolescents. En UpToDate [en línea] [actualizado el 07/08/2013; consultado el 09/06/2014]. This topic last updated: ago 7, 2013. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-risk-factors-and-etiology-of-hypertension-in-children-and-adolescents>
2. Mattoo TK. Evaluation of hypertension in children and adolescents. En UpToDate [en línea] [actualizado el 21/01/2014; consultado el 09/06/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-hypertension-in-children-and-adolescents>
3. Agarwala BN, Bacha E, Cao QL, Hijazi ZM. Management of coarctation of the aorta. En UpToDate [en línea] [actualizado el 02/02/2012; consultado el 09/06/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-coarctation-of-the-aorta>
4. Baumgartner H, Bonhoeffer P, De Groot NM, de Haan F, Deanfield JE, Galie N, et al. Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC); Association for European Paediatric Cardiology (AEPC); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). *Eur Heart J.* 2010;31(23):2915-57.