



Importancia clínica de la hipertensión de bata blanca

N. R. Robles

Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

El concepto de *hipertensión de bata blanca* (HBB) se define por la existencia de tomas de presión arterial elevada en el consultorio médico ($> 140/90$ mmHg) en pacientes que presenta un MAPA diagnóstico de normotensión arterial¹. Esto se incluyen los pacientes que presentan una reacción hipertensiva específica ante la presencia del médico sin reactividad hipotensora generalizada, esta sería la HBB estrictamente. Pero aquellos sujetos que presentan hipertensión como reacción al estrés, a veces relacionado con la presencia del médico, y cuyo MAPA sea normal también se incluirían aquí, lo cual implica también la hipertensión arterial labil o hipertensión arterial borderline. Para estos se ha sugerido la denominación alternativa de *hipertensión clínica aislada*². La prevalencia en clínica de la HBB según los resultados del estudio PAMELA estaría entre el 10-20% de casos de hipertensión³.

Numerosos estudios han intentado comparar el daño de organo diana evidenciable en el paciente con HBB respecto a los normotensos e hipertensos. Diversas publicaciones han establecido que los pacientes con hipertensión de bata blanca eran más proclives a presentar microalbuminuria, anomalías funcionales y/o estructurales cardíacas y alteraciones metabólicas que los normotensos. Los efectos de la HBB sobre el crecimiento de ventrículo izquierdo son objeto de controversia, unos estudios sugieren un aumento de este, mientras que otros parecen contradecir este hallazgo⁴. Sin embargo, no se ha demostrado un incremento significativo de eventos cardiovasculares respecto a los normotensos⁵⁻⁷. El seguimiento a largo plazo (10 años) ha demostrado que los pacientes con HBB tenían un porcentaje de riesgo cardiovascular aproximadamente similar a la mitad del riesgo de los hipertensos reales, pese a que el estudio utilizaba un punto de corte para HTA (140/90 mmHg) que incluiría a numerosos hipertensos reales en el grupo con HBB⁸.

En pacientes diagnosticados de hipertensión arterial refractaria (pese al tratamiento con más de 3 fármacos) también se ha demostrado que aquellos que presentaban valores promedio de PA inferiores a 88 mmHg en el MAPA mostraban un riesgo cardiovascular reducido respecto al resto, en un seguimiento

de cuatro años, pese a que las presiones clínicas eran similares estadísticamente⁹.

Se ha sugerido que la HBB podría ser un precursor de la HTA sostenida y parece que la posibilidad de que un paciente evolucione a hipertenso clínico depende también de la PA detectada en el MAPA. Así, la probabilidad de evolución a la HTA ambulatoria es del 81% en los pacientes con PA promedio de 24 h $\geq 130/80$ mmHg y sin embargo, solamente del 20% en aquellos que presentaban promedios de PA en el registro ambulatorio $< 130/80$ mmHg¹⁰. Resultados parecidos se han obtenido utilizando como criterio de selección una PA diurna $\geq 135/85$ mmHg¹¹.

No menos interesante es la evolución de la propia reacción de bata blanca. El estudio pionero de Mancia, en un seguimiento corto, sugería que esta no mejoraba¹². En el estudio Tecumseh, los pacientes que presentaban HBB a los 32 años, habían mostrado también cifras de PA elevadas en consulta cuando fueron estudiados a los 5, 8, 21 y 23 años, es decir, la reacción de bata blanca no había desaparecido después de 27 años de visitar rutinariamente un consultorio¹³. En el estudio PAMELA la reacción de bata blanca parecía ser tanto más frecuente cuanto mayor era la edad del sujeto³.

El efecto del tratamiento farmacológico sobre la reacción de bata blanca parece ser escaso, si no nulo absolutamente. La mayoría de los estudios sugieren que el descenso obtenido con tratamiento farmacológico de las cifras de PA clínica y PA ambulatoria es muy escaso¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoegholm A, Kristensen KS, Madsen NH, Svedsen TL: White coat hypertension diagnosed by 24-h ambulatory monitoring. Examination of 159 newly diagnosed hypertensive patients. *Am J Hypertens* 5: 64-70, 1992.
2. Mancia G, Zanchetti A: White-coat hypertension: inappropriate names, mistaken concepts and misunderstandings. What should we do from now on? *J Hypertension* 1996.
3. Mancia G, Sega R, Bravi C, De Vito G, Valagussa F, Cesana G y cols.: Ambulatory blood pressure normality: results from the PAMELA study. *J Hypertens* 12: 1377-1390, 1995.

4. Robles NR, Cancho B: Hipertensión de bata blanca. *Nefrología* 22 (Supl. 3): 72-76, 2002.
5. Verdecchia P, Porcellati C, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Battistelli M y cols.: Ambulatory blood pressure. An independent predictor of prognosis in essential hypertension. *Hypertension* 24: 793-801, 1994.
6. Perloff D, Sokolow M, Cowan R: The prognostic value of ambulatory blood pressure. *JAMA* 249: 2792-2798, 1983.
7. Perloff D, Sokolow M, Cowan R, Juster RP: Prognostic value of ambulatory blood pressure measurements: further analyses. *J Hypertens* 7 (Supl. 3): S3-S10, 1989.
8. Khattar RS, Senior R, Lahiri A: Cardiovascular outcome in white-coat versus sustained mild hypertension: a 10-year follow-up study. *Circulation* 98: 1892-1897, 1998.
9. Redón J, Campos C, Narciso ML, Rodicio JL, Pascual JM, Ruilope LM: Prognostic value of ambulatory blood pressure monitoring in refractory hypertension: a prospective study. *Hypertension* 31: 712-718, 1998.
10. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Gattobigio R, Sacchi N y cols.: Identification of subjects with white-coat hypertension and persistently normal ambulatory blood pressure. *Blood Press Monit* 1: 217-222, 1996.
11. Márquez Contreras E, Casado Martínez J, Fernández Ortega A, Márquez Cabeza J: Evolución de la hipertensión de bata blanca a hipertensión mantenida. Seguimiento durante un año con monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Med Clin (Barc)* 116: 251-255, 2001.
12. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Promidossi G, Ferrari AU y cols.: Effect of blood pressure measurements by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* II: 695-697, 1983.
13. Julius S, Mejía A, Jones K, Krause L, Schork N, Van de Ven C y cols.: White-coat versus sustained borderline hypertension in Tecumseh, Michigan. *Hypertension* 16: 617-623, 1990.
14. Pickering TG, Gerin W, Schwartz AR: What is the white-coat effect and how should it be measured. *Blood Pressure Monitoring* 7: 239-300, 2003.