

¿Han cambiado la demografía y el pronóstico de la hipertensión acelerada-maligna en los últimos 40 años?

Lane DA, Lip GY, Beevers DG. Improving survival of malignant hypertension patients over 40 years.

Am J Hypertens 2009;22:199-204.

Análisis crítico: **J.M. Galcerán**

Servicio de Nefrología. Fundación Althaia. Manresa. Barcelona.

NefroPlus 2010;3(3):49-50

doi:10.3265/NefroPlus.pre2010.Jul.10516

■ Tipo de diseño y seguimiento

Estudio retrospectivo unicéntrico. Análisis de los últimos 42 años.

■ Ámbito

Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital de Birmingham, Reino Unido.

■ Pacientes

446 pacientes diagnosticados de hipertensión acelerada-maligna en dicho hospital desde 1964 hasta 2006.

■ Enmascaramiento

No enmascaramiento.

■ Variables de resultado

Supervivencia a los 5 años según década de diagnóstico.

Características demográficas, creatinina plasmática, proteinuria, grado de retinopatía y criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda en el momento del diagnóstico.

Evolución de la presión arterial hasta la muerte o fin del seguimiento.

■ Estadística

Chi cuadrado para variables cualitativas. ANOVA y test de Tukey para variables continuas, excepto creatinina que se analiza con U de Mann-Whitney. Regresión de Cox para analizar las variables asociadas con la supervivencia.

■ Promoción y conflicto de intereses

Ninguno.

RESULTADOS PRINCIPALES

El 54,3% de los casos correspondían a HTA esencial, el 23,3% a insuficiencia renal de etiología incierta, el 10,8% a pielonefritis, el 3,8% a glomerulonefritis, el 3,6% a estenosis de arteria renal, y con menos de 1% cada una: aldosteronismo primario, feocromocitoma, carcinoma renal, poliquistosis renal y vasculitis. Para la evolución, véase la tabla 1.

También detectan un incremento progresivo en el diagnóstico de pacientes de etnia afrocaribeña y asiática.

SUPERVIVENCIA

Seguimiento medio: 103,4 meses.

Se disponía del estado vital de 365 pacientes (81,8%); 203 sujetos murieron (55,6%), 125 (32,0%) durante los primeros 5 años de seguimiento.

Las principales causas de muerte fueron insuficiencia renal cró-

nica (34,7%), ictus (19,8%), insuficiencia cardíaca (10,9%) y cáncer (4,0%). Causa de muerte desconocida en el 17,3%.

Supervivencia a los 5 años por década de diagnóstico

<1967: 31,4%.
1967-1976: 32,9%.
1977-1986: 75,2%.
1987-1996: 82,9%.
1997-2006: 91,1%.

Las variables asociadas con la supervivencia en los pacientes con HTA esencial fueron edad más joven (43,0 frente a 52,4 años), raza asiática, menor creatinina plasmática (1,40 frente a 1,89 mg/dl), menor hábito tabáquico, menor proteinuria, diagnóstico posterior a 1977 y menor presión arterial sistólica durante el seguimiento (151 frente a 184 mmHg). En el análisis multivariante, se mantuvieron como predictores independientes de supervivencia la edad, década del diagnóstico, creatinina plasmática basal y presión arterial sistólica durante el seguimiento.

■ Tabla 1

Demografía y características clínicas

	Década de diagnóstico de HTA acelerada-maligna					Total	p
	<1967	1967-1976	1977-1986	1987-1996	1997-2006		
n	49	95	115	90	97	446	
Edad, años	48,0	46,1	49,5	49,7	47,2	48,2	0,23
Varones (%)	81,6	61,1	67,0	56,7	68,0	65,5	0,04
PAS, mmHg	232	229	228	231	228	229	0,84
Creatinina, mg/dl	1,80	2,40	1,71	1,44	1,52	1,62	<0,0001
Proteinuria ≥++ (%)	70,8	50,5	47,3	43,4	59,3	52,4	0,052
HVI (%)	73,3	80,8	69,5	67,4	59,4	69,0	0,054
Papiledema (%)	87,8	86,3	54,8	63,3	67,0	69,5	<0,0001
PAS seguimiento	197	182	160	151	144	169	<0,0001
Sin tratamiento antihipertensivo en el diagnóstico (%)	71,8	64,8	74,6	73,0	77,3	72,6	0,40

PAS: presión arterial sistólica; HVI: hipertrofia ventricular izquierda por Sokolow ≥ 35 .

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

La hipertensión acelerada-maligna tiene una incidencia estable a lo largo de los años, sin grandes cambios demográficos pero con menor lesión de órganos diana en las últimas décadas, lo que sugiere que se hace un diagnóstico más precoz. La supervivencia a los 5 años ha experimentado un incremento muy destacado, posiblemente en relación con el diagnóstico precoz, mejor control de la presión arterial, mayor disponibilidad de fármacos antihipertensivos eficaces y mejores técnicas de sustitución renal.

COMENTARIOS DE LOS REVISORES

Este estudio confirma que la HTA acelerada-maligna es fundamentalmente un problema de pacientes no tratados (70% de los casos, estable a lo largo de los años).

La mejoría progresiva en el porcentaje de hipertensos tratados y de las tasas de control de la presión arterial en los últimos años parece que debería conllevar una disminución de nuevos casos, y así lo señalan algunos autores¹. Sin embargo, este estudio sostiene que su incidencia es estable, aunque metodológicamente este aspecto es discutible, ya que los autores comunican cifras absolutas y no en relación a la población de referencia, que es de suponer haya aumentado por efecto de la inmigración. Con todo, Morales et al. señalaban el mismo fenómeno hace pocos años en población española².

Algunas decisiones de los autores también son cuestionables, como el hecho de establecer el diagnóstico de insuficiencia renal a partir de valores de creatinina plasmática de 2,26 mg/dl.

Otra conclusión remarcable es el espectacular cambio en el pronóstico de esta entidad. Sólo un tercio de pacientes sobrevivían a los 5 años antes de 1977, contrastando con el 91% de supervivencia en

la última década. Esta mejoría en la mortalidad también ha sido descrita en nuestro medio². Muchas son las causas posiblemente relacionadas con ello, entre ellas un diagnóstico precoz (sugerido por el menor grado de insuficiencia renal, proteinuria, hipertrofia ventricular izquierda y papiledema en los pacientes de décadas más recientes), pero, sobre todo, la mejoría en el pronóstico se asocia con un dato contundente: el mejor control de presión arterial sistólica durante el seguimiento, francamente pobre antes de 1977 (180-200 mmHg) y casi excelente en la última década (144 mmHg).

Las variables asociadas con la mejor supervivencia (edad, década del diagnóstico, creatinina plasmática basal y presión arterial sistólica durante el seguimiento) son lógicas.

CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

En los pacientes con HTA acelerada-maligna las claves para mejorar la supervivencia se relacionan, fundamentalmente, con el diagnóstico precoz y el control intensivo de los valores de la presión arterial.

CLASIFICACIÓN

Subespecialidad: Hipertensión arterial.

Tema: Hipertensión acelerada-maligna.

Nivel de evidencia: II b.

Grado de recomendación: B.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perry HM, Freis ED, Frohlich ED. Department of Veterans Affairs hypertension meeting: a proposal for improved care. *Hypertension* 2000;35:853-7.
2. Morales E, Ortiz M, Gonzalez E. ¿Está disminuyendo la incidencia de la hipertensión arterial maligna o está cambiando su presentación clínica? *Hipertensión* 2003;20:25-36.