

La existencia de un marcador biológico que determinase la respuesta favorable o no al tratamiento médico ahorraría períodos de farmacoterapia innecesarios. Sin embargo, no existe actualmente tal parámetro^{1,2}. Por lo tanto el tratamiento quirúrgico es de elección cuando no se consigue un control adecuado con farmacoterapia, como en nuestro caso.

En cuanto al estudio genético, mutaciones en el gen CASR de las células paratiroides se relacionan con alteración de la homeostasis del calcio. Este receptor censa los niveles de calcio en sangre. Su mutación provoca una insensibilidad de dichas células a las variaciones de calcemia, generando aumento de PTH e hiperplasia glandular. Esta mutación se observa en hiperplasia, adenomas y HPPNS.

En nuestra paciente se llevó a cabo amplificación de ADN mediante PCR del gen CASR, detectando dos cambios en heterocigosis. La mutación c.73C>T ya había sido descrita previamente; sin embargo, la segunda mutación encontrada, la c.1981T>C, es *de novo* y probablemente patogénica.

Más de la mitad de casos de hiperparatiroidismo en niños reportados en la bibliografía muestran antecedentes familiares; en nuestro paciente, el estudio de progenitores reveló ausencia mutaciones en padre y mutación c.73C>T en la madre. Muchos autores defienden que el cribado familiar podría ser eficaz y eficiente en el control de la enfermedad³.

En conclusión, el HPPNS debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los recién nacidos con hipercalcemia. El tratamiento médico inicial será vital para el paciente, determinando la necesidad o no de tratamiento quirúrgico posterior. Es fundamental establecer el diagnóstico genético, además de un seguimiento médico de por vida.

Agradecimientos

A todos los compañeros del Hospital Materno-Infantil de Badajoz por su trabajo en equipo, su tesón, su paciencia y

su buen hacer en medicina basada en la evidencia, siempre a favor de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atay Z, Bereket A, Haliloglu B, Abali S, Ozdogan T, Altuncu E, et al. Novel homozygous inactivating mutation of the calcium-sensing receptor gene (CASR) in neonatal severe hyperparathyroidism-lack of effect of cinacalcet. *Bone*. 2014;64:102-7.
2. Gannon AW, Monk HM, Levine MA. Cinacalcet monotherapy in neonatal severe hyperparathyroidism: A case study and review. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99:7-11.
3. Alagaratnam S, Kurzawinski TR. Aetiology, diagnosis and surgical treatment of primary hyperparathyroidism in children: *New Trends. Horm Res Paediatr*. 2015;83:365-75.

María Segura González*,
Marta Cecilia Carrasco Hidalgo-Barquero y
Emilia Hidalgo-Barquero del Rosal

Servicio de Pediatría, Hospital Materno-Infantil, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.segura.gonzalez@gmail.com
(M. Segura González).

0211-6995/© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.041>

Comentario al artículo publicado «El valor de la MAPA y de los parámetros de lesión subclínica de órgano diana en el diagnóstico de hipertensión refractaria» por Poveda García MI, et al., revista de NEFROLOGÍA, 13 de marzo del 2018

Comments on «The value of ABPM and subclinical target organ damage parameters in diagnosis on resistant hypertension» by Poveda Garcia MI, et al., journal of Nefrología, 13 march 2018

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo «El valor de la MAPA y de los parámetros de lesión subclínica de órgano diana

en el diagnóstico de hipertensión refractaria»¹, y creemos que es una contribución muy importante para el estudio de los pacientes con hipertensión de difícil manejo y para la prevención de las lesiones secundarias que esta conlleva; sin

embargo, creemos que hay algunos puntos que puede tomar en cuenta para mejorar su artículo. A continuación, pasamos a enumerarlos.

En el artículo se plantea como objetivo de presión arterial un valor menor o igual de 140/90 mmHg, no obstante, en los nuevos valores de clasificación según la ACC/AHA, se considera hipertensión arterial estadio 1 a los valores mayores o iguales a 130/80 mmHg, siendo el objetivo para el paciente hipertenso disminuir su presión hacia este valor².

Por otro lado, cabe resaltar que la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) sirve como método diagnóstico de hipertensión arterial, más no se puede afirmar que sea una hipertensión arterial refractaria (HR) solo con los resultados de dichas mediciones ambulatorias³, tal y como se plantea en los resultados de su estudio en el que se colocó «del total de los 112 pacientes con diagnóstico probable de HR derivados desde atención primaria se confirmó este diagnóstico mediante MAPA en solo el 61,6%»¹. La HR se define como aquella presión que se evidencia en la consulta $\geq 130/80$ mmHg, a pesar de estar recibiendo 3 o más fármacos a dosis plenas, incluyendo un diurético, o una presión <130 mmHg, pero requiriendo el paciente 4 o más fármacos antihipertensivos, sin respuesta positiva a estos². Esto indica que además de registrar una presión alta resistente, hay más de una variable (tratamiento inadecuado, falta de adherencia a fármacos) que influye para definir la presencia o no de HR; por ello, consideramos que se debería tomar en cuenta tanto la medición correcta de la presión, como dichas variables para establecer el diagnóstico de HR. La MAPA nos permitirá descartar una seudoresistencia al obtener mediciones ambulatorias y excluir el efecto de la bata blanca^{4,5}, pero confirmaría únicamente la presencia de hipertensión más no de HR.

Para ver la refractariedad al tratamiento se requiere realizar un seguimiento no solo de la variación ambulatoria de la presión, sino también llevar a cabo una monitorización de la administración, la dosis y toma de los medicamentos, así como identificar factores de riesgo en el estilo de vida de los pacientes (como la obesidad, el sedentarismo, la excesiva ingesta de alcohol, la excesiva ingesta de sal) que interfieran con un adecuado control de su presión arterial⁴. A pesar de que en el artículo se menciona que se excluyó la no adherencia al tratamiento y las causas secundarias de HTA, no refieren como realizaron dicha exclusión. Cabe resaltar que, hasta la fecha, no hay un *gold standard* para medir la adherencia al tratamiento y aunque se emplean diversos métodos indirectos para su medición como el conteo de píldoras y el auto-reporte, esta información podría estar sesgada, lo que conllevaría a una sobreestimación de la adherencia⁴. También hay métodos directos al medir el fármaco o sus metabolitos en sangre u orina, pero tampoco reflejan el nivel de adherencia con exactitud, por lo que se requiere una combinación de ambos enfoques para una evaluación más precisa de la adherencia³.

En conclusión, sería de gran importancia tomar en cuenta otras variables en el estudio para determinar el verdadero

valor de la MAPA en el diagnóstico de la HR, debido a que como se ha escrito en el texto de introducción de su artículo, interviene mucho el mal manejo médico, el cual no ha sido medido en el estudio junto con la medición del consumo de fármacos. Además, no se ha tomado en cuenta la no adherencia al tratamiento, lo cual sería una información adicional de gran relevancia, debido a que es de difícil medición, pero nos da una pista de lo que en el acto médico de cada día es necesario mejorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poveda García MI, del Pino MD, Rodríguez RA, Rodelo-Haad C, Carreño TP. El valor de la MAPA y de los parámetros de lesión subclínica de órgano diana en el diagnóstico de hipertensión refractaria. *Nefrología*. 2019;39:69-72.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71:e127-248.
3. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboñ E, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2018;35:119-29.
4. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmelfarb CR, et al. American Heart Association Professional/Public Education and Publications Committee of the Council on Hypertension; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Resistant Hypertension: Detection Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2018;72:e53-90.
5. Gijón-Conde T, Banegas J. Utilización de la monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2017;34:15-8.

Lucero Collazos-Huaman* y Camila Guerreros-Espino

Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Chorrillos, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucercollazos@gmail.com (L. Collazos-Huaman).

0211-6995/© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.040>