

HIPOTENSIÓN ARTERIAL, CRÓNICA, PERMANENTE, DE NATURALEZA IDIOPÁTICA

RESUMEN DE LA CONFERENCIA DADA EN LA
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

por el doctor

C. LIAN

Profesor agregado de la Facultad de Medicina y Médico del
Hospital Tenón, de París.

En todos los modernos tratados de Medicina, suele dedicarse un largo capítulo al estudio de la hipertensión arterial. En cambio, sólo aparecen en ellos breves párrafos que tratan de la hipotensión, y aun éstos hablan de ella considerándola únicamente como un síntoma ligado a afecciones muy diversas.

En realidad, el síndrome hipotensión puede determinar por sí solo una entidad nosológica bien caracterizada: La hipotensión permanente de naturaleza idiopática.

SÍNTOMAS: Se caracteriza esta afección por una tetradá sintomática típica; estos cuatro síntomas son: Hipotensión, fatigabilidad, tendencia al síncope y enfriamiento. Vamos a analizarlos por separado.

Hipotensión.—Consideramos nosotros como valores normales de la presión arterial, tomada por el método auscultatorio, una cifra de 13 mm. para la presión máxima; de 8, para la mínima. Una máxima de 12 y una mínima de 7, constituyen ya la frontera de la hipotensión.

La hipotensión crónica suele ser de M. 10, m. 5 a 6, aun cuando hay momentos en que puede descender algo más. Como se ve, estas disminuciones no son comparables a los terribles aumentos de presión en los hipertensos, que llegan a veces hasta una M. de 30.

Fatigabilidad.—Sensación de fatiga desproporcionada al esfuerzo realizado. Especialmente, la inmovilidad del individuo, estando éste en pie, le es muy penosa.

Esta fatigabilidad es, por lo demás, compatible con una vida de actividad normal. Sin embargo, al llegar la noche el enfermo está muy cansado. Y así como en el individuo normal el cansancio desaparece tras un largo sueño reparador, en el hipotenso persiste aún al despertar de éste.

Tendencia lipotímica.—Suelen relatar estos enfermos que con relativa frecuencia (seis u ocho veces en el transcurso de unos meses, por ejemplo), han sufrido desmayos con pérdida del conocimiento.

Esta tendencia lipotímica puede producir desde un estado pasajero de desvanecimiento sin pérdida completa del sensorio hasta un verdadero síncope con abolición total de los sentidos.

Estos accidentes sobrevienen sin causa de importancia que los justifique. Una ligera perturbación física o moral de escasísima importancia los determina.

Enfriamiento.—Los enfermos aquejan una constante sensación de frío en las extremidades, cuya temperatura local está, en efecto, disminuída.

El enfriamiento puede dar lugar a fenómenos de acroasfíxia con aparición de zonas violáceas, localizadas en la parte ínfero externa de la pierna sobre todo.

Habitualmente no falta ninguno de estos cuatro elementos de diagnóstico. A ellos puede sumarse, a veces, aunque no de una manera constante, un quinto síntoma: la bradicardia.

En ocasiones, es uno de los síntomas el que predomina, y el enfermo viene a consultarnos por su astenia, su facilidad para la lipotimia o la sensación de frío.

Se observa también, muy frecuentemente, la asociación de un verdadero estado psicasténico. La neurastenia es un estado que presenta cierto paralelismo con el que estudiamos. Los neurasténicos son casi siempre hipotensos y es frecuentísima la asociación de los dos estados depresivos: nervioso y cardiovascular.

FORMAS.—Al lado de esta forma típica, existen formas latentes reveladas únicamente por la medida de la tensión y compatibles con un buen estado general. ¿Es que la hipotensión permanente puede ser compatible con un estado de salud perfecta? Nosotros creemos que el organismo se adapta y soporta su hipotensión, pero no que ésta sea fisiológica.

Otras formas son paroxísticas: Sujetos habitualmente con ligera hipotensión (M.11, m.6, p. e.), y que súbitamente algún día, durante algunas horas incluso, presentan toda la sintomatología exagerada, junto con un descenso tensional (M.9, m.5).

El estudio y observación de más de sesenta casos presentando toda la sintomatología ya descrita, nos han hecho que consideráramos indispensable la individualización de esta entidad nosológica.

FISIOPATOLOGÍA.—El mecanismo de producción de estos trastornos no ha podido determinarse de una manera cierta.

Lo primero en que se piensa es en un trastorno de orden simpático o humoral.

Si se explora el sistema neurovegetativo de estos enfermos, bajo el punto de vista de su funcionamiento en general, los resultados son desconcertantes. La compresión ocular, la administración de adrenalina, la de atropina, dan los mismos resultados en el hipotenso, y los mismos trastornos neurovegetativos pueden existir en uno que en otro.

En realidad, cuando la enfermedad recae en un órgano, sea el que sea, si se quiere estudiar su mecanismo de producción, se ha de interrogar exclusivamente el órgano enfermo. En vez de explorar, pues

el sistema neurovegetativo, desde un punto de vista general, lo hemos explicado fijándonos únicamente en las reacciones vasculares.

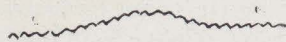
La técnica empleada ha sido la inscripción de pletismogramas. El pletismógrafo se compone de una cámara de caucho llena de agua y provista de una abertura elástica que se ajusta perfectamente al brazo, permaneciendo la mano y parte del antebrazo dentro del agua. Un tubo de transmisión une la cámara a la aguja registradora de un tambor inscriptor, que registra, junto con las pulsaciones del órgano, sus movimientos de expansión o retracción de origen vascular.

Si ahora hacemos obrar distintos estímulos:

Inyección de adrenalina intravenosa,
Compresión ocular,
Compresión del plexo solar,
Aumento de los movimientos respiratorios,
Esfuerzo muscular, etc.,

y examinamos las gráficas, comprobaremos lo siguiente: En los individuos hipotensos, la reacción está disminuída con relación al individuo normal; en los hipertensos está aumentada. (Esquema 1.º).

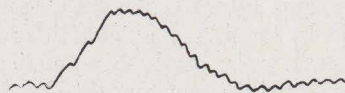
Individuo hipotenso.



Id. normal.



Id. Hipertenso.



Esquema 1.º

Inyección intravenosa de 1 c. c. de sol. de adrenalina a 1 por 700,000.
Gráficas obtenidas.

Estos resultados son constantes e iguales para todos los estímulos y parecen probar que *el hipotenso presenta una hipotonía neuro-simpática*, con disminución de la reacción al estímulo, mientras que *el hipertenso presenta una hipertonia neuro-simpática* con aumento de la reacción al estímulo.

Parece paradójico que la acción de la adrenalina produzca vaso-dilatación cutánea. Esta vaso-dilatación periférica se explica por compensación de la acción vaso-constrictora central de las vísceras internas.

Las investigaciones humorales que hemos realizado, las reseñaremos brevemente.

Calcemia: En el hipotenso, es normal o está disminuída. En el hipertenso, es normal o está aumentada.

Metabolismo basal: No hay ninguna variación constante. Igual sucede con la acidosis.

Colesterinemia: Disminuída en la hipotensión, aumentada en la hipertensión.

Los resultados de las investigaciones humorales parecen, en resumen, menos constantes que los de la investigación pletismográfica.

Habría que pensar que la hipotensión puede estar

relacionada con un estado de insuficiencia suprarrenal y la astenia de los hipotensos parece corroborar esta hipótesis; sin embargo, en los hipotensos, las pruebas de hipoadrenalismo (línea blanca de SERGENT, prueba dinamométrica), no son netos. Lo mismo sucede con el hipoovarismo y el hipotiroidismo, a pesar de los síntomas frecuentes de acrocianosis.

Es lógico pensar que debe existir en los hipotensos una ligera dilatación permanente de las arterias por hipotonía de sus paredes. Este hecho no puede, sin embargo, demostrarse claramente. Además, el concepto de arteria normal, es decir, en la que la relajación y contracción de sus paredes están equilibradas, es difícil de establecer.

En los hipotensos, las arterias batan más ampliamente y comunican mayor amplitud a las oscilaciones de la aguja de PACHÓN. Esta paradoja la explicaría precisamente la disminución de tono de la pared arterial, cuya pulsabilidad es, por esta causa, mayor. El pulso arterial se percibe, sin embargo, como es lógico, habitualmente débil.

El trastorno en el hipotenso recae sobre el corazón y las arterias juntamente, y constituye lo que pudiéramos llamar síndrome tensional.

DIAGNÓSTICO: Para hacer el diagnóstico de la hipotensión se han de eliminar las posibles causas de error en la medida de la misma.

Citaremos entre ellas la percepción al nivel del brazalete de un soplo sistólico que puede inducir a error.

En otros casos, existe una hipotensión localizada en uno o en ambos miembros superiores; por arteritis u obliteración de las arterias subclavias o axilares, por ejemplo. En estos casos, la tensión puede ser baja en los brazos y, sin embargo, el enfermo ser hipertenso, como se comprueba midiendo la presión en la pierna.

PRONÓSTICO: A pesar de la tendencia lipotímica, los accidentes de esta naturaleza no son temibles en los hipotensos, pues se producen más por causas banales; en cambio, intervenciones obstétricas o quirúrgicas no suelen acarrear fenómenos de inhibición. Creemos que la explicación de esta inocuidad reside en la hipoexcitabilidad simpática de los hipotensos.

Suele existir en los hipotensos permanentes un ligero grado de insuficiencia cardíaca, consecuencia y no origen de la hipotensión.

Insuficiencias cardíacas graves con dilatación aguda de corazón, no son raras en los hipotensos, aunque ya no pueden incriminarse a la hipotensión. Son las únicas complicaciones graves.

El pronóstico de la afección es, pues, relativamente benigno.

TRATAMIENTO: Tres agentes pueden emplearse en el tratamiento de la hipotensión, aparte de las indicaciones opoterápicas por coexistencia de una insuficiencia glandular: La estrignina, las inyecciones subcutáneas de oxígeno y la adrenalina *per os*.

El empleo de estos medios no suele alcanzar la curación de la hipotensión, pero mejoran los síntomas y el estado del enfermo.