

## Cartas al Editor

**Comentario al manejo de la hipertensión resistente en una unidad multidisciplinaria de denervación renal: protocolo y resultados****Comment on the Management of Resistant Hypertension in a Multidisciplinary Unit of Renal Denervation: Protocol and Results**

Sra. Editora:

Con gran interés se ha leído el artículo titulado «Manejo de la hipertensión resistente en una unidad multidisciplinaria de denervación renal: protocolo y resultados», en el que los autores objetivan una mejora de la presión arterial similar a las de estudios previos, así como una reducción superior de fármacos antihipertensivos en los pacientes sometidos a denervación renal implementada mediante un programa multidisciplinario<sup>1</sup>. Los hallazgos objetivos son muy interesantes; sin embargo, se considera que ciertas anotaciones podrían tener relevancia clínica.

En primer lugar, los autores consideran hipertensión arterial (HTA) seudoresistente a pacientes con cifras de presión arterial media en periodo de actividad durante la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) < 140/90 mmHg. Sin embargo, en las recomendaciones actuales, se considera HTA las cifras de presión arterial > 130-135/85 mmHg en un registro MAPA durante el periodo de actividad<sup>2</sup>, por lo que no se puede considerar HTA seudoresistente la de los pacientes con presión arterial media en MAPA > 130-135/85 mmHg. Este sesgo en la inclusión de pacientes con HTA resistente puede haber modificado los hallazgos obtenidos.

En segundo lugar, destaca que, a pesar de que la HTA resistente se define como la situación en que las cifras de presión arterial son > 140/90 mmHg pese a la toma de tres o más fármacos, incluido un diurético<sup>3</sup>, en el trabajo publicado un 10% de los pacientes sometidos al procedimiento no estaban en tratamiento con diurético, y se desconoce el porcentaje de diuréticos tras la denervación renal. Tal vez la optimización farmacológica de estos pacientes en las posteriores visitas pueda haber alterado los hallazgos objetivos.

Finalmente, los autores administran fármacos antialdosterónicos para contrarrestar un posible hiperaldosteronismo secundario. Destaca, sin embargo, la ausencia de cribado de otras formas secundarias de HTA, especialmente cuando un 27% de la población sometida al procedimiento está diagnosticada de síndrome de apnea obstructiva del sueño. De hecho, tal y como reconocen los

autores, podría haber un efecto placebo en la respuesta a la denervación, lo que no solo estaría relacionado con una mayor adherencia al tratamiento o la dieta hiposódica, sino también con mejoría del síndrome de apnea obstructiva del sueño tras una mayor adherencia dietética. Del mismo modo, la HTA de origen farmacológico no se testó en la población del estudio, lo cual también pudo influir posteriormente en los resultados obtenidos.

De acuerdo con los autores y el estudio Simplicity HTN-2<sup>4</sup>, con la denervación renal se produce una disminución de la presión arterial y una reducción del tratamiento farmacológico. Sin embargo, una búsqueda exhaustiva de formas secundarias de HTA y una optimización del tratamiento farmacológico podrían evitar el procedimiento de denervación renal que, aunque se ha demostrado factible y seguro, no está exento de complicaciones.

Juan C. Bonaque\*

Servicio de Cardiología, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [jc\\_bonaque@hotmail.es](mailto:jc_bonaque@hotmail.es)

On-line el 24 de julio de 2013

**BIBLIOGRAFÍA**

- Fontenla A, García Donaire JA, Hernández F, Segura J, Salgado R, Cerezo C, et al. Manejo de la hipertensión resistente en una unidad multidisciplinaria de denervación renal: protocolo y resultados. Rev Esp Cardiol. 2013;66:364-70.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007;25:1105-87.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206-52.
- Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RE, Böhm M. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (the Simplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2010;376:1903-9.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.06.005><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.09.008><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.05.015>**Comentario al manejo de la hipertensión resistente en una unidad multidisciplinaria de denervación renal: protocolo y resultados. Respuesta****Comment on the Management of Resistant Hypertension in a Multidisciplinary Unit of Renal Denervation: Protocol and Results. Response**

Sra. Editora:

Los autores del artículo «Manejo de la hipertensión resistente en una unidad multidisciplinaria de denervación renal: protocolo y resultados»<sup>1</sup> agradecemos al Dr. Bonaque el interés mostrado en

nuestro trabajo. Las observaciones que ha realizado son muy relevantes, aunque requieren algunas matizaciones.

En efecto, la definición de hipertensión arterial en una monitorización ambulatoria de la presión arterial durante el periodo de actividad son cifras de presión arterial > 130-135/85 mmHg<sup>2</sup>. Establecer este punto de corte para seleccionar a los candidatos a denervación renal sería tan incorrecto desde el punto de vista conceptual como incluir a los pacientes con presión arterial medida en consulta  $\geq$  140/90 mmHg, que es la definición de hipertensión según el mismo documento. El punto de corte para indicar una denervación renal no solo debe implicar «presencia de hipertensión», sino además «mal control». De ahí que en el estudio Simplicity-HTN2<sup>3</sup> la cifra de corte fuera de 160 mmHg en