

Hipotensión Mediada Neuralmente y Síndrome de Fatiga Crónica.

Prueba de la Mesa Basculante (Tilt Table Testing)

Dr. Ferran J. García

Unidad de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica

Clínica CIMA (Barcelona). Unidad Acreditada CatSalut

Investigadores de la Johns Hopkins University School of Medicine de Baltimore, USA, publicaron hace pocos años, dos estudios en prestigiosas publicaciones científico – médicas que evidenciaban una relación entre el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y una condición médica conocida como Hipotensión Mediada Neuralmente (HMN). Aunque los estudios están en fase inicial, desde entonces, otros grupos de investigadores han abundado en esta relación que puede explicar algunos de los síntomas más típicos del SFC. El interés se explica por el hecho de que la HMN es un problema tratable.

¿ Que es la HMN ?

HMN es también conocida como “síncope vasovagal” o como “síncope neurocardiogénico” y en el fondo es una situación clínica que refleja una descoordinación entre el corazón como bomba y el cerebro. Se caracteriza por descensos importantes de la presión sanguínea y los pacientes con este problema tienen tendencia a no poder mantener la posición vertical por mucho tiempo, especialmente en entornos muy calurosos. Los síntomas adicionales que ocurren en la HMN clásica pueden ser, entre otros: náusea, intolerancia a la luz, molestias abdominales, visión borrosa, etc. Tras el síncope, el paciente entra en una fatiga que puede ser prolongada e intensa.

Vamos a intentar explicar el mecanismo de producción de este trastorno.

Cuando una persona se pone de pie, la sangre tiene tendencia, por el efecto de la gravedad, a fluir hacia las piernas, como consecuencia inmediata, podría haber una disminución de sangre aportada al corazón y al cerebro, pero esto no ocurre porque el cuerpo responde de forma inmediata a esta posición segregando adrenalina que hace que el corazón bombee más rápido y con más fuerza para neutralizar el efecto de la gravedad y asegurar el flujo de

sangre al cerebro. Si el cuerpo no responde de esta forma, la presión cae y la disminución del flujo sanguíneo al cerebro nos ocasiona un síncope o síntomas pre-síncopales, según la gravedad del cuadro. El síncope puede ser inmediato a la bipedestación o demorarse unos minutos.

Cuando una persona con HMN se pone de pie, efectivamente se estimula el corazón, sobre todo el ventrículo izquierdo de forma errónea, hasta el punto de que los nervios detectan estos estímulos como si de una hipertensión se tratase, esta información errónea llega al cerebro que reacciona como ante una hipertensión y envía una señal que actúa al contrario de cómo debería.

En las personas con HMN este “reflejo” anormal puede ser desencadenado por dos causas principales: la primera por un exceso “de base” de adrenalina y la otra, que parece ser la que es determinante en el SFC, por una disminución global del volumen de sangre circulante que hace que llegue poca sangre al ventrículo izquierdo y favorece las contracciones inútiles (palpitaciones) que acabarán engañando al cerebro.

Esta disminución del volumen plasmático está abriendo vías de diagnóstico y tratamiento de determinados síntomas del SFC. Lamentablemente, en España no disponemos de tecnología aplicable clínicamente para medir el volumen plasmático.

Nuestra impresión es que tanto el corazón como el cerebro son absolutamente normales en el paciente con SFC e HMN, pero la interacción entre ambos está alterada simplemente por el bajo volumen plasmático efectivo de algunos pacientes.

¿ Cómo se trata la HMN ?

Existen varias vías de abordaje de la HMN, pero en el ámbito de los pacientes con SFC estas posibilidades se reducen. Se han utilizado mineralcorticoides (que retienen líquidos), se ha recomendado aumento de la ingesta de sal, pero ninguno de estos dos tratamientos ha demostrado eficacia, aunque se siguen ensayando en los pacientes en las primeras fases de la propuesta terapéutica.

Actualmente se ensaya un fármaco en el que están depositadas grandes expectativas pues se utiliza con éxito en los graves síndromes de HMN que sufren los astronautas tras la ingravidez. Se trata de la Midodrina. Nosotros la hemos utilizado con éxito en algunos pacientes, pero no está disponible en España (si en Francia y en otros 43 países).

En los Estados Unidos, un grupo de investigadores, trabaja, en fase de ensayo clínico y en este mismo entorno con Eritropoyetina para aumentar el volumen plasmático de los pacientes.

¿ Cómo se diagnostica la HMN ?

Hemos llegado a la conclusión que la HMN es, en definitiva, una forma de hipotensión (presión baja), que ocurre tras un tiempo de estar de pie. Es una forma diferente a la llamada “Hipotensión Ortostática” que podemos detectar inmediatamente en nuestra consulta.

La prueba para detectar la HMN es la llamada “Prueba de la Mesa Basculante”. El paciente es estirado en una camilla mecánica y asegurado a ella para evitar caídas y tras un protocolo específico se eleva la camilla hasta los 70º de inclinación. Se van midiendo continuamente valores como la Presión arterial, la Frecuencia Cardíaca y se hace un registro del Electrocardiograma.

El paciente debe estar en esta posición unos 45 minutos y determinadas caídas de la presión o alteraciones de la frecuencia cardíaca con reproducción de los síntomas que producen el problema al paciente, nos dan un diagnóstico de certeza. A veces, si la sospecha clínica es muy grande, pero el paciente no da positivo en la prueba, se puede estimular el corazón con determinadas sustancias que facilitan el diagnóstico.

La “anormalidad” se basa en la reproducción del síncope o del pre-síncope o la caída de más de 30 mm. de Hg. de la Presión Arterial. También puede ser considera “anormal” la respuesta de taquicardia o bradicardia.

La prueba de la mesa basculante es una prueba especializada que debe hacerse bajo la supervisión de un cardiólogo y en un centro especializado que debe disponer de recursos suficientes para atender al paciente si hay problemas durante el desarrollo de la prueba.

Los últimos estudios

Ultimamente se han publicado algunos artículos que abundan en la conveniencia de realizar sistemáticamente la Prueba de la mesa Basculante en pacientes con SFC afectos de síntoma pre-sincopales e incluso algunos grupos investigadores propugnan determinados parámetros de la prueba como método diagnóstico para el SFC, extremo este que no suscribimos.

En todo caso, parece evidente que la hipotensión puede ser responsable de síntomas relevantes en algunos pacientes de SFC y que la Prueba de la Mesa Basculante puede precisar el diagnóstico y permitir un abordaje terapéutico mucho más específico.