

Factores de riesgo cardiovascular. A propósito de un caso clínico.

Miriam Carbó Díez.

Paciente varón de 61 años, ex fumador de 20 cigarrillos al día desde 2008, sin hábito enólico ni alergias medicamentosas conocidas, ingresa en planta de Medicina Interna por ángor de esfuerzo.

Como antecedentes patológicos, el paciente se encuentra afecto de Diabetes Mellitus de tipo 2 desde 2008, en tratamiento actual con sitagliptina, metformina y gliclazida (HbA1 glicosilada 8.3%) con buen control de glicemia basal preprandial según refiere y ausencia de retinopatía o nefropatía conocida; es hipertenso en tratamiento con IECAs y dislipidémico en tratamiento con estatinas. El paciente realiza seguimiento desde 2012 por cirugía vascular dado que presenta clínica de claudicación intermitente a los 500m.

El tratamiento habitual del paciente se recoge de la siguiente manera Metformina 850 mg, 1-1-1; Sitagliptina 100 mg, 1-0-0; Gliclazida 30 mg, 4-0-0; Simvastatina 40 mg, 0-0-1; Omeprazol 20 mg, 1-0-0; Enalapril 5 mg, 1-0-0.

La enfermedad actual viene determinada porque durante el mes previo, el paciente ha presentado, con frecuencia creciente y un dintel de esfuerzo progresivamente menor, episodios recurrentes de dolor torácico central opresivo irradiado a la extremidad superior izquierda desencadenado por el esfuerzo, sin manifestaciones vegetativas, que cedía con el reposo. El día 05.04.13 por la mañana, presentó tres episodios de iguales características desencadenados por pequeños esfuerzos por lo que decide consultar.

En el servicio de Urgencias, destacaba tendencia a la hipertensión (TA 150/95mmHg), FC 75lpm, ausencia de trabajo respiratorio y glicemia capilar de 276mg/dL así como obesidad de predominio troncular (IMC 32.7). A la exploración física mostraba tonos cardíacos rítmicos sin soplos, y ausencia de pulsos pedio y poplíteo derecho. No mostraba signos de insuficiencia cardíaca.

Se realizó un ECG que mostraba ritmo sinusal y signos de isquemia subepicárdica anteroseptal; la curva de marcadores de lesión miocárdica fue negativa. En la radiografía torácica se observaba aumento de índice cardio-torácico y ausencia de signos de redistribución vascular.

Con la orientación diagnóstica de ángor de esfuerzo, se inició tratamiento con doble antiagregación (AAS y clopidogrel), anticoagulación con enoxaparina, nitritos transdérmicos y se inició tratamiento con bisoprolol, manteniendo IECA sin cambios.

El día 11.03.14 se realizó coronariografía donde se observó estenosis del 80% en la descendente anterior (DA) proximal, sobre la que se practicó angioplastia y se implantó un stent, una lesión del 85% en el tercio distal de la misma arteria, sin lesiones significativas en la circunfleja (Cx) y la coronaria derecha (CD).

El ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo ligeramente dilatado, no hipertrofiado, con buena contractilidad global (FE: 61%), acinesia septo-apical, disfunción diastólica, sin dilatación de la aurícula izquierda e insuficiencia mitral leve.

En la analítica de ingreso se determinó una HbA1 8.6% y un Colesterol total de 284 mg/dL (c-LDL 180mg/dL, c-HDL 50mg/dL), ácido úrico de 456  $\mu$ mol/L, función renal, hepática e iones normales.

Durante su ingreso hospitalario no realizó nuevos episodios anginosos, restando en todo momento hemodinámica y clínicamente estable. Se practicó ITB (índice tobillo-brazo).

A destacar durante las primeras 48horas del ingreso mal control de la diabetes, con glicemia capilar preprandrial en la mayoría de casos superior a 230mg/dL a pesar de haber mantenido su mediación con habitual (gliclazida, metformina y sitagliptina), requiriendo pauta de bolo basal e insulina rápida para control de la misma. Finalmente y de acuerdo con el paciente, se inició tratamiento con insulina NPH nocturna 14UI y se mantuvo únicamente dosis con metformina 850mg cada 12horas, con un buen control al alta.

Por otra parte se educó al paciente con dieta cardioprotectora, así como se facilitaron pautas de ejercicio cardiosaludable.