

Motivo de consulta: Cuadros vaso-vagales de repetición en relación con esfuerzo físico.

Antecedentes familiares: Padre fallecido de carcinoma de pulmón a los 74 años, y madre fallecida por “problemas en los pulmones” a los 83 años. Un hermano fallecido por infarto agudo de miocardio (IAM) a los 59 años. Dos hermanos vivos de 74 y 69 años, diabéticos tipo 2 e hipertensos ambos.

Antecedentes personales: No alergia médica conocida. Ex bebedor desde hace 6 años de aproximadamente una unidad de bebida estándar al día, y fumador de unos 56 paquetes/año. Insuficiencia cardiaca de larga data y cardiopatía isquémica tipo IAM antero-septal hace 6 años con implantación de 3 stents fármaco activos y buenos controles posteriores por el Servicio de Cardiología. Estenosis mitral sintomática que requirió tratamiento con recambio valvular hace 3 años. Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 15 años, con controles por parte de su Médico de Atención Primaria. Síndrome ansioso depresivo de unos 2 años de evolución desde el fallecimiento de su esposa. En tratamiento con nebivolol 5 mg/24, nitroglicerina transdérmica parches 10 mg/24h con horario nocturno, nitroglicerina sublingual 0,4 mg si precisa, enalapril 10 mg/24h, metformina 850 mg/12h, glimepirida 2 mg/24h, escitalopram 20 mg/24h, ácido acetil salicílico 100 mg/24h, simvastatina 20 mg/24h, lorazepam 1 mg/24h, ranitidina 150 mg/24h y tramadol/paracetamol 37.5/325 mg/8h para control del dolor. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive solo, siendo un hermano suyo quien le acompaña al Hospital y a su Centro de Salud para las revisiones rutinarias.

Intervenciones quirúrgicas: Bioprótesis mitral. Apendicetomía en la infancia. Colecistectomía hace 10 años.

Enfermedad actual: Paciente varón de 72 años, que acude a urgencias por cuadros vaso-vagales de repetición (unos 6 episodios) en el último mes.

El paciente refiere esta clínica habitualmente en relación con el esfuerzo, sin presentar claro dolor torácico aunque sí cortejo vegetativo, con abundante sudoración. En ningún momento ha presentado pérdida de conocimiento.

En este último mes refiere ganancia de peso, sin edemas en extremidades, ni nicturia, ni disnea paroxística nocturna. No ortopnea ni disnea cuando deambula en llano más de 100 metros. Si refiere presentar disuria de varios días de evolución. Las últimas noches refiere estar algo más “destemplado”. El paciente se recupera de estos cuadros vaso-vagales con el reposo, dejando únicamente como secuela, palidez y ansiedad, clínica esta que dura unos 20 minutos.

Exploración física:

-Peso: 85 kg. Talla: 176. Superficie corporal: 57,43 m<sup>2</sup>

-Constantes a su llegada a urgencias: Aceptable estado general. Tensión arterial: 110/50. Afebril.

Consciente, orientado en las tres esferas y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado.

Eupnéico en reposo. SatO<sub>2</sub>: 93% basal. FC: 79lpm. Diuresis en torno a: 800cc. BM Test 73 mg/dL.

-Cabeza y Cuello: Carótidas palpables y simétricas. No bocio. No ingurgitación yugular.

-Auscultación Cardio-Pulmonar: Rítmico a 95 lpm, con clip de apertura en foco mitral. Hipoventilación generalizada, con mínimos sibilantes espiratorios.

-Abdomen: Globuloso. Blando y depresible. No dolor a la palpación difusa del abdomen. No masas ni megalias. Peristalsis conservada. No signos de irritación peritoneal.

-EE: Sin edemas. Pulsos venosos periféricos palpables y simétricos, algo más tenue en la pierna derecha. Signos de arteriopatía periférica. No signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias:

\*Analítica al ingreso:

-Bioquímica:

Glucosa: 69 mg/dL; Creatinina: 1.54 mg/dL; Ión sodio: 144 mEq/L; Ión potasio: 4.8 mEq/L.

-Troponina T: 12 µg/L.

-Hemograma:

Hemoglobina: 12.9 g/dL; Hematocrito: 41.7 %; Leucocitos: 14.96 x10<sup>3</sup>/µL; Neutrófilos: 12.81 x 10<sup>3</sup>/µL; Plaquetas 188 x 10<sup>3</sup>/µL.

-Coagulación:

Tiempo de protrombina 12.6 seg; Actividad (TP) 82 %; INR 1.11 INR; TTPA 35.4 seg.

\*Radiografía de tórax: Suturas metálicas de esternotomía media. Prótesis mitral. Cardiomegalia con crecimiento de cavidades izquierdas. Elongación aórtica. No se visualizan condensaciones o derrame pleuro parenquimatoso. Esqueleto visualizado de características normales.

\*Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 70 lpm. No signos de isquemia aguda. Onda Q en V1-V4. Crecimiento de cavidades izquierdas.

Ingresa en Sala de Medicina Interna para completar el estudio, estando en el momento de su ingreso asintomático.

Pruebas complementarias en Sala de Medicina Interna:

\*Analítica:

-Bioquímica:

Glucosa: 190 mg/dL; Colesterol: 110 mg/dL; Triglicérido: 84 mg/dL; Urea: 96 mg/dL; Creatinina: 1.35 mg/dL; Filtrado glomerular (Cockcroft'Gault): 59,47 mL/min. Alanina-aminotransferasa.: 8 u/l; Gamma-glutamyltransferasa.: 17 u/l; Bilirrubina: 0.35 mg/dL; Proteína: 5.4 g/dL; Albúmina: 2.9 g/dL; Calcio: 9 mg/dL; Ión sodio: 138 mEq/l; Ión potasio: 4.9 mEq/l.

-Hemograma:

Hemoglobina: 14.4 g/dL; Hematocrito: 45 %; Leucocitos  $16.51 \times 10^3/\mu\text{l}$  (Neutrófilos  $14.76 \times 10^3/\mu\text{l}$ ); Plaquetas:  $184 \times 10^3$ .

-Sistemático de orina:

Glucosa: 100 mg/dL; Bilirrubina: Negativo; Metilcetona: Negativo; Densidad: 1014; pH: 6.5; Proteínas: 25 mg/dL; Urobilinógeno: Normal; Nitritos: Positivo; Hematíes:  $8.40 \times 1/\mu\text{l}$

-Citometría de flujo:

Leucocitos:  $256.10 \times 1/\mu\text{l}$ ; Células epiteliales:  $4.70 \times 1/\mu\text{l}$ ; Cilindros hialinos:  $0.87 \times 1/\mu\text{l}$ ; Bacterias: Positivo.

-Urocultivo: Positivo para infección por *Klebsiella pneumoniae*.

-Proteinograma:

Albúmina: 2.6 g/dL; Alfa1-globulinas: 0.5 g/dL; Alfa2-globulinas: 0.8 g/dL; Beta-globulinas: 0.6 g/dL; Gamma-globulinas: 0.9 g/dL; Albúmina: 48.9 %; Alfa1-globulinas: 8.9 %; Alfa2-globulinas: 14 %; Beta-globulinas 11.8 %; Gamma-globulinas: 16.4 %; Albúmina/globulina: 0.93 ratio.

-Hierro: 36  $\mu\text{g/dL}$ ; Transferrina: 246 mg/dL; Ferritina: 74 ng/ml; Transferrina, índice saturación: 10.4 %

-Coagulación:

Tiempo de protrombina: 11.4 seg; Actividad (TP) 98 %; INR: 0.99 INR; TTPA: 32 seg;

-ECO-Cardiograma-Doppler: Fracción de Eyección (Simpson): 34%. Miocardiopatía dilatada de origen valvular. Disfunción sistólica VI severa. Bioprótesis mitral con insuficiencia ligera. Esclerosis aortica sin repercusión funcional. Aurícula izquierda dilatada. Hipertensión pulmonar ligera.

-Holter 24h: Sin cambios significativos en los ritmos del corazón.

Evolución:

El paciente permanece estable en todo momento en Sala, sin presentar nuevos episodios vaso-vagales. Presenta controles glucémicos alterados durante varios días, tanto pre como post prandiales, siendo ésta la única incidencia que presenta el paciente por lo que se reajusta el tratamiento. Se le retiran los antidiabéticos orales, que se habían mantenido por el buen estado general del paciente y se inicia tratamiento con Insulina basal a dosis de 12 UI de insulina glargina, bolo a 12 UI de insulina aspart (repartidas en 4 UI en el desayuno, 5 UI en el almuerzo y 3 UI en la cena), y pauta correctora.

Dados los primeros resultados de las pruebas cardiológicas, y esta nueva incidencia se rehistoria al paciente:

El paciente refiere no acudir a su Centro de Salud, desde que falleció su esposa hace dos años, ya que refiere encontrarse bien, y no necesitar ayuda médica. Aunque en ocasiones cree haberse confundido de pastillas. Su esposa era la encargada de administrarle la medicación.

Comenta, que estos cuadros de mareos, le coinciden siempre mientras está trabajando en el campo de su hermano, desde hace varias semanas, y que se ha dado cuenta de que al tomar un zumo o un vaso de leche con algo "dulce" se recupera rápidamente. Asimismo, refiere tener más apetito últimamente, y comenta presentar poliuria y polidipsia.

Ante estos nuevos datos se solicita una nueva prueba:

-Hemoglobina glicosilada: 8.5 %; HbA1c (unidades SI- IFCC) 69 mmol/mol.

Estimamos, pues, que los cuadros vaso-vagales están en relación con cuadros de hipoglucemias sintomáticas, por toma inadecuada de antidiabéticos orales y realización de ejercicio físico, agravada por la infección del tracto urinario, por lo que se inicia tratamiento con antibióticos, empíricos inicialmente y después dirigidos..

Se mantiene al paciente durante varios días en Sala, hasta que se consiguen controles glucémicos adecuados, y la infección del tracto urinario se resuelve totalmente.

Durante su estancia en Sala se ha tenido que ajustar la dosis de insulina aumentándola hasta un máximo de 18 UI de insulina glargina y 14 UI de insulina aspart.

En el momento del alta el paciente se encuentra asintomático y con buenos controles glucémicos.

Juicio Clínico:

- 1. Hipoglucemias sintomáticas inadvertidas inducidas por toma de antidiabéticos orales y aumento de ejercicio físico. .
- 2. Infección de tracto urinario.

PREGUNTAS:

- 1.- ¿Le daríais de alta con insulina, o con insulina + ADOs?
- 2.- ¿Y si rechazara la insulina?