



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1662 - Acción Reacción

M.E. Espinosa Sansano<sup>a</sup>, J. Campos Mora<sup>a</sup>, M.V. Javaloyes Martínez<sup>b</sup>, A. Gutiérrez Martínez<sup>a</sup>, J. Martínez Elvira<sup>c</sup> e I. Aldegue Rodríguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Almoradí. Orihuela. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Pola. Alicante. <sup>c</sup>Cardiólogo. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 69 años sometido a ACTP sobre oclusión CD y lesión DA hace 9 meses por SCACEST. Tras alta previa, buen cumplidor, abandono tabaco y desarrollo DM-2. Intolerancia a ticagrelor, sustituyéndose por clopidogrel. Consulta por dolor y "quemazón" centrotorácico en 3 ocasiones en una semana, en reposo y actividad, en un contexto de preocupaciones personales. Niega cortejo vegetativo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física sin hallazgos patológicos. ECG: sinusal 60 lpm, onda Q patológica en II-III-aVF. Se remite al hospital, con seriación enzimática negativa. Ecocardio con imágenes sugestivas de infarto ínfero-postero-lateral no extenso y ligera disfunción sistólica. Ante dolor torácico anginoso en un paciente con FRCV y antecedente de SCACEST, se solicita coronariografía directa, detentando una reestenosis crítica de stent en DA, tratada en el mismo acto, y reestenosis 50% CD.

**Juicio clínico:** Reestenosis precoz stent DA.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiopatía isquémica, espasmo esofágico, úlcera péptica, ansiedad.

**Comentario final:** El médico de AP tiene una visión global del individuo, siendo su actuación fundamental tanto en controlar FRCV, como en detectar alteraciones orgánicas provocadas por fármacos. En presencia de efectos adversos, debe retirarse o cambiarse a otro fármaco según las necesidades individuales de los pacientes. Así, ante disnea de pequeños esfuerzos secundaria a ticagrelor, se cambió a clopidogrel. En cuanto a las estatinas, parece que la pitavastatina tiene menor tendencia a desarrollar DM. Actualmente, la metformina es la primera opción de tratamiento farmacológico en DM. Su combinación con ISGTL2 cuando la función renal está conservada podría ser beneficiosa en el paciente cardiópata, disminuyendo la concentración plasmática de glucosa, HbA1c, peso y PA. Dado su mecanismo de acción independiente de insulina, consigue disminuir el riesgo de hipoglucemias, efecto también conseguido con IDPP-4 que podrían darse en insuficiencia renal. Estos tienen efecto neutro en el peso y junto a AR- GLP1 se asocian a protección CV.

## Bibliografía

1. Bailey CJ, et al. Lancet. 2010;375:2223-33.
2. Koska J, Sands M, Burciu C, Reaven P. Cardiovascular effects of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in patients with type 2 diabetes. Diabetes and Vascular Disease Research May. 2015;12:154-63.

*Palabras clave:* DM. ISGTL2. IDPP-4. AR-GLP1.