



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

395/34 - DOCTORA, SI YO TOMO BIEN EL TRATAMIENTO, ¿POR QUÉ NO MEJORO?

M. Almenara Abellán¹, L. Ballesteros Lechuga², R. Salmerón Latorre¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar, Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 60 años, NAMC y con AP de HTA y DM tipo 2, en tratamiento con amlodipino, losartán, metformina y dulaglutida. Acudió a consulta por presentar dificultad en el habla desde el día anterior. No pérdida de conocimiento, buena orientación temporo-espacial, no pérdida de fuerza ni alteraciones de la deambulación.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, buena coloración de piel y mucosas, no desviación bucal. TA 180/90. Peso: 120 kg. Talla 168 cm. IMC 42. Auscultación cardiorespiratoria normal. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, resto de pares craneales normales, lenguaje disártrico, no nistagmo, ligera disminución de fuerza en MID, no alteraciones sensitivas. No disimetría. Romberg negativo. Reflejos osteotendinosos conservados. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm sin alteraciones de la repolarización. Se derivó a urgencias del Hospital de referencia: Analítica sanguínea: Hemograma normal, glucemia 200 mg/dl, Cr 0,92, uroanálisis: glucosa 4+. TC sin contraste iv. cráneo: En rodilla cápsula interna-corona radiata izquierda, se observa imagen hipodensa de 15 mm de morfología ovalada, sin edema ni efecto masa, que sugiere como 1ª posibilidad lesión isquémica. Doppler troncos supraaórticos: Arterias carótidas comunes, internas y externas permeables, sin datos de estenosis hemodinámicamente significativa. Se ingresó en MI, donde completaron analítica: colesterol total 234, LDL 134, triglicéridos 202, HbA1c 9,6%.

Juicio clínico: ACV isquémico izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Afasia motriz por causas diferentes a accidente cerebro-vascular, dislalia, miastenia gravis.

Comentario final: La mayoría de las personas con DM tipo 2 son obesas, y la pérdida de peso se recomienda encarecidamente y debe seguir siendo un objetivo importante. En este paciente, a pesar de tratamiento con análogo de GLP-1 y metformina, y teniendo constancia de que el paciente retiraba sus medicinas y las tomaba correctamente, tuvo esta complicación en el contexto de un mal control glucémico como se aprecia en la analítica. SE trata de un paciente que no seguía buenos hábitos dietéticos ni realizaba ejercicio físico, de forma que, aún con análogo de GLP-1 no mantenía peso adecuado. Después de este episodio, se inició triple tratamiento oral añadiendo dapaglifozina, así como insulinoterapia basal transitoria.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Disartria. HTA. Control glucémico.