



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

395/53 - SILENTE

R. Luján Martínez¹, Á. Martínez Ureña², M. Velasco Fuentes³, M. Soto Martínez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Cartagena. Murcia.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena-Este. Cartagena. Murcia.⁴Médico Facultativo de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 57 años que acudió de urgencias al centro de salud por sensación de disnea súbita, que se inició 30 minutos antes de su llegada, mientras estaba durmiendo. Antecedentes personales: obesidad, diabetes mellitus (DM) de 12 años de evolución (HbA1c 8,9%), HTA y DLP (colesterol total 320), con mal control de todos los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). No otros antecedentes médico-quirúrgicos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado, palidez mucocutánea. Regular estado general. TA 98/63 mmHg, FC 98 lpm. T^a 36,5 °C. AC: rítmica, sin soplos ni extratonos. AP: MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos. ECG: bloqueo rama izquierda del Haz de His (no presente en ECG previos).

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio (IAM) en paciente diabético.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar, edema agudo de pulmón, IAM, neumotórax espontáneo, crisis de ansiedad, broncoespasmo.

Comentario final: En la DM existe afectación de la microcirculación y la macro circulación, debidas a la tendencia proaterogénica de este síndrome, que se produce de forma precoz, difusa, intensa, y acelerada, respecto a sujetos sanos. Además, el hecho de que la DM se asocie a otros FRCV condiciona un riesgo cardiovascular aumentado. La enfermedad coronaria en la población diabética presenta una mortalidad y morbilidad 2-4 veces superior que, en sujetos no diabéticos, causando el 70-80% de las muertes de estos pacientes. Destacar que, dada la mayor prevalencia de afectación neuropática en DM encontramos con mayor frecuencia isquemia miocárdica en ausencia de síntomas anginosos (isquemia miocárdica silente). Por ello, es esencial sospechar un posible IAM en todo paciente diabético, a pesar de la ausencia de síntomas típicos. A todos los pacientes diabéticos se les ha de realizar estimación de riesgo cardiovascular (REGICOR) para acondicionar la intensidad de nuestra intervención en los mismos. En cambio, no se recomienda de manera sistemática el empleo de técnicas de imagen como cribado de coronariopatía asintomática, pues no mejoran la morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes. Dado el mayor riesgo cardiovascular de este grupo de pacientes, es imprescindible un adecuado control de FRCV de cara a disminuir la morbimortalidad asociada.

Bibliografía

García Soidán J, et al. Cardiopatía isquémica. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. Fundación redGDPS. 2018;23:138-42.

Palabras clave: IAM. Diabetes. Silente.