Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):9

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/186 - El colesterol, el asesino invisible

I. Abascal Sañudo[a], A.J. Albarracín Contreras[b], C. Carpintero Antoñán[c], M. Gutiérrez Parra[a], R. Maye Soroa[d], O. Casanueva Soler[d], D.M. Robaina Cabrera[a], L.E. Ojeda Carmona[e], A.L. Díaz Alvarado[f] y M. Portilla Mediavilla[g]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familar y Comunitaria; [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saja. Cabezón de la Sal. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Buelna. Los Corrales de Buelna. [g]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Puebla. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años, fumadora de un paquete/año, sin antecedentes de interés y en tratamiento habitual con anticonceptivos orales. En una analítica de rutina de control por la toma de anticonceptivos se detecta un colesterol total de 270. Se valoran el resto de factores de riesgo cardiovascular, obteniendo un SCORE de menos de 1% de riesgo de evento a 10 años, se remiendan medidas higiénico dietéticas como abandonar el tabaco y dieta. Se repite la analítica en 3 meses incluyendo perfil lipídico, confirmándose la hipercolesterolemia con unas cifras de colesterol total de 230 con LDL-c de 194 y con HDL-c de 36 iniciándose tratamiento con atorvastatina de 10 mg. Posteriormente se aumenta progresivamente la dosis de estatina, sin tener control óptimo hasta que con un cambio de domicilio deja de hacerse analíticas. Con 39 años, se despierta a las 6:00 y al intentar ir al baño percibe disminución de fuerza en extremidades derechas y al intentar pedir ayuda a su marido, nota "que no le salen las palabras".

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias se aprecia afasia de predominio motor, hemianopsia derecha, disminución de la fuerza en ambas extremidades derechas 3/5 con sensibilidad táctil disminuida, cutáneo plantar derecho extensor. Se activa Código Ictus, trasladándose a hospital de referencia donde se objetiva ACVA en TAC multicorte. Se realiza fibrinolisis con recuperación completa. Analíticamente colesterol total de 240 con LDL-c de 205, en eco-doppler carotídea se observa placas de ateroma en carótida izquierda. Resto pruebas dentro de la normalidad.

Juicio clínico: ACVA ACM izquierda secundario a dislipemia.

Diagnóstico diferencial: ACVA secundario a cardiopatía embolígena, vasculopatías no ateroscleróticas no inflamatorias (disección arterial, displasia fibromuscular, trombosis venosa cerebral, enfermedad de Moya-Moya, síndrome de MELAS, CADASIL, migraña), vasculopatías ateroescleróticas inflamatorias (tóxicos, vasculitis), hipercoagulabilidad y trastorno hematológico, síndrome de anticuerpo antifosfolípidos, hiperhomocisteinemia, embarazo, puerperio y anticonceptivos orales.

Comentario final: La presencia de factores de riesgo como el tabaco, HTA, dislipemia e hiperglucemia, puede ser la causa de aproximadamente un 20% del total de ictus en adultos jóvenes predominando la afectación de arterias de gran calibre sobre la afectación de pequeño vaso e ictus lacunar. En los pacientes de bajo riesgo son los que más se benefician de tratamiento intenso desde el inicio para evitar el desarrollo de eventos. Además se ha visto que la estratificación del riesgo cardiovascular clásico, como SCORE, puede mejorarse mediante el uso de nuevos marcadores analíticos o de imagen como el PCR, GIMc, índice tobillo-brazo y el score de calcio coronario (CAC). En algunos casos, estas pruebas pueden ayudar a la hora de establecer si empezar o no tratamiento hipolipemiante. Las mujeres presentan más frecuentemente el tipo de dislipemia con LDL-c normal, pero con hipertrigliceridemia y HDL-c baja, que es más aterogénica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Tejedor. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus, SEN, 2006.

2. Mazón-Ramosa P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.