



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/26 - Lo que no mata, engorda

B. Peleteiro Cobo<sup>a</sup>, E. Méndez Rodríguez<sup>a</sup>, R. Cuadra San Miguel<sup>b</sup>, A. Díaz Rodríguez<sup>c</sup>, O. Mahmoud Atoui<sup>c</sup>, V. Lumbreras González<sup>d</sup>, J. Capón Álvarez<sup>d</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>d</sup> e Y. González Silva<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Adjunto de Familia; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Bembibre. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pico Tuerto. Ponferrada.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 38 años acude por cuadro de 15 días de evolución consistente en dolor opresivo retroesternal, aparece posprandial y a la realización de ejercicio físico el cual, cede en reposo. Sin cuadro vegetativo. Refiere dolor más intenso y de mayor duración (> 30 min) el día de la consulta. AP: Obesidad mórbida (IMC 40,3, perímetro abdominal 110 y peso 130), fumador, HTA, DM tipo 2, esofagitis. Tratamiento: únicamente metformina 850 (1-0-1).

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, COC; NH, NC TA 200/100, Sat 95%, FC 100 lpm. ACP, abdomen, EEII: Sin hallazgos. ECG: mínima isquemia subepicárdica en D3 que presentaba en previos. Se administra cafinitrina sublingual y capoten 25. Se deriva a Urgencias por su alto riesgo cardiovascular para descartar SCA. A su llegada asintomático. TA 170/65, FC 92 lpm saturación 95%. Exploración física sin cambios. Analítica: bioquímica, glucosa 245 mg/dl (dato más destacable), Hemograma y coagulación normal. Troponinas negativas. Radiografía tórax y ECG; sin hallazgos patológicos. Se procede a seriación enzimática objetivándose un ascenso de troponina I por lo que ingresa en UCI con el diagnóstico de SCASEST. Una vez estabilizado hemodinámicamente ingresa en Cardiología. Cateterismo cardiaco: se objetivan lesiones graves en circunfleja distal y coronaria derecha, implantándose stent en ambas. Analítica al alta: glucosa 132, HbA1C 6,5, LDH 110, HDL 31, colesterol total 189, triglicéridos 160. Tratamiento definitivo: doble antiagregación, atenolol 50 (1-0-1), ramipril 2,5 (1-0-1), pravastatina 20 (0-0-1), pantoprazol 40, lorazepam (0-0-1) y metformina 850 (1-0-1). El paciente, fue remitido a Endocrino debido al mal control de su diabetes. Han pautado distintos tipos de tratamiento, desde inhibidor  $\alpha$ -glucosidasa a iDPP4, sin obtener un control óptimo de glucemia, pese a realización de ejercicio, dieta y cumplimiento del mismo. Aunque durante algún tiempo se pinchó análogos de GLP1 con un mejor control, se niega a poner insulina, ni análogos en la actualidad. A día de hoy presenta HbA1C 10,7. Sigue tratamiento con metformina 850 (1-0-1)+ dapagliflozina (0-1-0)+ repaglinida 1 mg (1-1-1), atorvastatina 80 mg (0-0-1), AAS 100 (0-0-1), atenolol 50 (1-0-1) y ramipril 2.5.

**Juicio clínico:** SCASEST. Enfermedad coronaria de dos vasos.

**Diagnóstico diferencial:** SCACEST. Angina estable. Disección de aorta. Tromboembolismo pulmonar. RGE.

**Comentario final:** Este varón de 38 años presentaba varios FRCV; su obesidad, hiperglucemia, HTA y hábito tabáquico le han llevado a la hospitalización por un SCA. Al alta se puede observar un infratratamiento a nivel lipídico, ya que estos pacientes son beneficiarios de estatinas a dosis elevadas para conseguir unos

objetivos con un LDL 70. Además durante su ingreso no le sustituyeron la metformina por insulina, ni al alta hospitalaria a pesar de que el estudio DIGAMI demostró que la utilización de insulinas previene la aparición de un nuevo evento al año siguiente, principalmente en pacientes con DM tipo 2. El estudio WHO, demuestra que la hiperglucemia favorece el desarrollo de trombosis intravascular característico del SCA, debiéndose tratar para evitar repercusiones futuras, observándose en nuestro paciente un tratamiento inadecuado durante su ingreso. Por ello la correcta realización de una prevención tanto secundaria como terciaria nos puede evitar graves complicaciones que puede llevar a la muerte a nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de SEC para Guía ESC 2011 de SCASEST, Fernández-Ortiz A, Pan M, Alfonso F, Arós F, Barrabés JA, Bodí V, Cequiera A, García-Moll X, Jiménez-Candil J, López-Palop R, Peña C, Worner F; Comments on the ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. 2012.
2. Testa M, Simonson D. Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with diabetes mellitus: a randomized, controlled, double-blind trial.
3. Waldrop G, Zhong J, Peters M, Rajagopalan S. Incretin-Based Therapy for Diabetes: What a Cardiologist Needs to Know. J Am Coll Cardiol.