



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/192 - Doctor, ¿cómo he llegado a esto?

L. Alli Alonso^a, J.L. Cepeda Blanco^b, M.P. Carlos González^c, E. Lino Montenegro^d, M. El Sayed Soheim^e, M.J. Labrador Hernández^f, N. Santos Méndez^g y V. Acosta Ramón^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior. Maliaño. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Dávila. Santander. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años de edad que acude a consulta preocupada por su futuro tras un ingreso en cardiología por descompensación de su ICC, con resolución del cuadro. Antecedentes: exfumadora de 20 paq-año desde hace 2 años. Consumidora de 1 UBE diaria. Obesidad mórbida (IMC: 40) que continúa empeorando, HTA en tratamiento, IRC, DM2 mal controlada desde hace 15 años. Cardiopatía isquémica con enfermedad coronaria trivasa (FE: 50%). IQ: histerectomizada hace 28 años. Tratamiento: Barnix, Seguril, Adiro, Ranexa, atorvastatina, Insulatard y levemir. Apenas acude a consulta, rechaza consejo y seguimiento, presenta mal control glucémico y mantiene una vida sedentaria con una curva ponderal ascendente, que actualmente limita su movilidad. Acudió a urgencias hace 15 días por cuadro de disnea progresiva de días de evolución hasta hacerse de reposo con edemas de EEII y oliguria, sin otra sintomatología. Fue ingresada en cardiología con diagnóstico de ICC descompensada. Durante el ingreso se evidencia enfermedad coronaria con afectación trivasa y ateromatosis difusa, no susceptible de revascularización. Tras el alta, al resolverse el cuadro de ICC, acude a consulta en busca de soluciones dado el mal pronóstico a medio plazo de su patología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 140/65. Fc: 56 lpm. IMC: 41. Buen estado general, a la exploración destacan crepitantes ligeros en ambas bases pulmonares y edemas de EEII hasta tobillos. Analítica: HbA1c: 7,2%. Glucosa: 156. Creatinina: 2,29. Filtrado: 25 ml/min. Triglicéridos: 433, HDL: 21. Resto normal.

Juicio clínico: Ateromatosis coronaria en contexto de síndrome metabólico.

Diagnóstico diferencial: Infarto de miocardio, neumonía, insuficiencia renal, amiloidosis.

Comentario final: La paciente ha presentado un deterioro progresivo, crónico de la función cardiaca que no es habitual ver en edades tan tempranas. Cabe asumir que esto es debido a la persistencia de los principales FRCV durante los últimos 20 años de su vida tales como el tabaco, la obesidad, el mal control de su diabetes y la dislipemia. En el momento actual no es subsidiaria de cirugía, su función renal limita la instauración de tratamientos más agresivos y presenta grandes limitaciones para moverse dada su obesidad. Iniciamos tratamiento con restricción dietética (dieta mediterránea, baja en grasa, alimentos con bajo índice glicémico) y ejercicio diario, que aumentará en función de sus progresos y capacidades. Aumentamos dosis de

atorvastatina y añadimos doxazosina para controlar su TA. Acudirá a consulta 1 vez por semana para valoración analítica dada su IRC. Este caso ejemplifica una situación dramática a la que idealmente ningún paciente debería llegar, dado que puede prevenirse desde nuestra consulta a través del fomento de estilos de vida saludables y el control de los FRCV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson PW. Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulation*. 2005;112:3066.
2. Lorenzo C. Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:8.
3. Meigs JB. Invited commentary: insulin resistance syndrome? Syndrome X? Multiple metabolic syndrome? A syndrome at all? Factor analysis reveals patterns in the fabric of correlated metabolic risk factors. *Am J Epidemiol*. 2000;152:908.