Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):36

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/80 - EL LARGO CAMINO A LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

J.L. Cepeda Blanco[a], L. Alli Alonso[b], A. Casal Calvo[a], N. Santos Méndez[c], B. Coll Blas[d], M.P. Carlos González[e], M.J. Labrador Hernández[f], B. Sainz Santos[g], C. Fernández Pereda[d] y V. Acosta Ramón[h]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alisal. Santander. [g]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Dávila. Santander. [h]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años de edad que acude a consulta por edemas en EEII y ortopnea de 1 mes de evolución tras ingreso breve en cardiología con diagnóstico de ángor estable por dolor torácico leve. No alergias. VHC +, exfumador grave desde hace 10 años de 80 paq-año. Abstemio. No HTA. DM2 de 10 años de evolución con mal control metabólico crónico. En seguimiento por endocrinología hasta 2011 cuando decide no volver a consulta. Estudiado por cardiología en 2001 por dolor torácico descartándose cardiopatía. Diagnosticado hace 2 meses de coronariopatía trivaso con ateromatosis distal no revascularizable. Tratamiento habitual: insulina humalog 50, Adiro, bisoprolol, atorvastatina, mononitrato de isosorbida. El paciente refiere malestar general progresivo desde hace meses, se queja de edemas de EEII que han ido aumentando progresivamente, ortopnea de 2 almohadas y polimialgias desde hace 1 mes.

Exploración y pruebas complementarias: TA 121/75. FC: 70 lpm. IMC: 34. Eupneico, bien perfundido, obeso. AC: Rítmico con soplo sistólico aórtico II/IV. Ap: MVF. Abdomen: normal. EEII: edemas con fóvea hasta rodillas, pulsos distales conservados. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: HbA1c: 7,4%. Glucosa: 197. Creatinina: 0,88. Filtrado: > 90. Albúmina: 3. Triglicéridos: 420, HDL: 16. AST: 73, ALT: 72. GGT: 88, FA: 174. Resto normal. Orina: albúmina/creatinina: 183,4 mg/g, Proteínas: ++, Glucosa: +++. Resto negativo. ECG: RS a 68 lpm QRS a -10º, Trastorno de repolarización en cara inferior. Ausencia de S con progresión brusca de R en precordiales. Sin cambios respecto a previos.

Juicio clínico: Síndrome metabólico. Coronariopatía trivaso no revascularizable. Proteinuria.

Diagnóstico diferencial: Principalmente ICC vs insuficiencia renal.

Comentario final: Se inicia tratamiento con espironolactona 10 asociando también IECA (enalapril) y ARA II (amilorida) a dosis bajas dadas las cifras de TA del paciente, objetivándose una mejoría radical de sus edemas, presentando en nueva analítica albúmina/creatinina: 69 mg/g. El tratamiento

no obstante es un mero parche, siendo necesario el abordaje sobre los FRCV a través de la dieta y el ejercicio para paliar en la medida de lo posible la progresión de su deterioro cardio/renal. La prevención primaria de los factores de riesgo, en relación con el fomento de estilos de vida saludables es actualmente uno de los elementos con mayor impacto sobre la mortalidad debido a eventos CV. Desde la consulta de AP resulta fundamental la educación de la población a ese nivel para evitar llegar a situaciones dramáticas como la de nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindsay RS, Howard BV. Cardiovascular risk associated with the metabolic syndrome. Curr Diab Rep. 2004;4:63.

2. Smith ER, Cai MM, McMahon LP, et al. The value of simultaneous measurements of urinary albumin and total protein in proteinuric patients. Nephrol Dial Transplant. 2012;27:1534.

3. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Beiser A, Levy D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. Lancet. 1999;353:89.

4. Okrainec K, Banerjee DK, Eisenberg MJ. Coronary artery disease in the developing world. Am Heart J. 2004;148:7.

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