



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

249/9 - MALAS COMBINACIONES

B. Peleteiro Cobo^a, E. Méndez Rodríguez^a, Y. González Silva^b, V. Lumbreras González^c, J. Capón Álvarez^c y J. Martínez de Mandojana Hernández^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 44 años, sin AP de interés. Presenta balanitis candidiásica de repetición en los últimos 6 meses. En el último episodio, se realiza tira de orina donde se objetiva la presencia de glucosa. Se decide realizar una glucemia capilar objetivándose 243 mg/dl.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, coloración e hidratación normales. Exploración neurológica normal. ACP: MVC, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. AB: blando, depresible no doloroso. EE: pulsos simétricos, no alteraciones de sensibilidad. TA: 132/78. Peso 102 kg, talla: 175 cm. IMC: 33,3. P. cintura: 112 cm. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm eje normal. Sin alteración del segmento S-T. Analítica: hemograma normal, orina 1.000 g/l. glucosa basal 289 mg/dl, FG (MDRD): > 60, creat. 0,90 mg/dl, colesterol total 216 mg/dl, triglicéridos 337,4 mg/dl, HDL-c 34 mg/dl, LDL-c 114 mg/dl. HbA1c 11,3%.

Juicio clínico: DM tipo 2. Síndrome metabólico. Dislipemia aterogénica. Obesidad.

Comentario final: En este paciente joven, se nos presentan varios factores de RCV, la dislipemia y la diabetes. En cuanto a la diabetes nuestro objetivo de HbA1c 6,5%, ya que esta recién diagnosticado, es joven y no presenta comorbilidades. Para conseguirlo la REDGDPS nos indica que debemos comenzar con doble terapia, ya que presenta una HbA1c > 10%, al estar asintomático, comenzamos con metformina más un ISGLT2 (empaglifozina) que además le beneficiara con el peso. Este paciente lo clasificamos de alto RCV, ya que es un diabético mayor de 40 años sin otros FRCV, por lo que debemos conseguir un descenso del LDL-c 100 mg/dl, o mayor de un 50% si su LDL-c basal se sitúa entre 100 y 200 mg/dl, como es nuestro caso. Pero además presenta una hipertrigliceridemia y un HDL-c bajo, lo que no tiene que indicar que estamos ante un paciente con un perfil de dislipemia aterogénica, típico de los pacientes diabéticos con síndrome metabólico e insulinoresistencia. La fórmula de Mayurama nos arroja un cociente de 9,9, por lo que nos hace pensar en que presenta unas LDL pequeñas y densas (con más poder aterogénico, y menor cuantía al estimar el LDL-c). Ante esto y como 2º objetivo nos tenemos que plantear el Col no-HDL, que en nuestro caso es de 182 mg/dl, y debemos disminuirlo por debajo de 130 mg/dl. Para ello comenzamos tratamiento con la asociación de una estatina y un fibrato (fenofibrato, único que se puede combinar con estatinas. Este paciente nos muestra la importancia de una valoración conjunta del paciente, valorando de forma global el RCV. Y realizando un tratamiento que intensivo y precoz para disminuirlo.

Bibliografía

1. Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*. 2016;37(39):2999-3058.
2. SEA, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG. Guía clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de la dislipemia aterogénica en atención primaria. 2014.