



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

## 452/11 - ¿ES NECESARIO SERIAR TROPONINAS EN DIABÉTICOS CON HIPOGLUCEMIA GRAVE SIN CAMBIOS ELÉCTRICOS NI CLÍNICOS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

M. Jiménez Añón, J. Velázquez Ortigas, S. Cervero López

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años con diabetes mellitus tipo 1, en tratamiento con Insulina. Acude a su centro de salud (CS) mareado y sudoroso desde hace unas horas. Refiere que la noche anterior, sin cenar nada, se administró su dosis de insulina glargina (30 UI). A la exploración (EF) realizada por su médico de atención primaria (MAP) presenta una tensión arterial (TA) de 140/85 mmHg, saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) de 96%, auscultación cardíaca rítmica sin soplos y auscultación pulmonar con sibilantes dispersos y crepitantes en bases. El ECG mostró ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización. Tras unos minutos de exploración acaba perdiendo la conciencia, siendo su glucemia capilar (GC) de 23 mg/dl. Se administra en el CS glucagón intramuscular y es derivado por su MAP a urgencias hospitalarias; allí GC de 131 mg/dl y el paciente ya consciente con constantes normales. No refiere dolor torácico, aunque si síntomas de infección respiratoria los días previos. En la analítica: Troponina hipersensible 136 ng/l, pro-BNP 2.088 pg/m, neutrofilia. Radiografía de tórax con signos de Insuficiencia cardiaca (ICC) e infiltrado en base derecha. En urgencias se serían las troponinas que ascienden a 1.146 ng/l decidiéndose trasladar al paciente a la unidad coronaria. Allí se le realiza una ecocardiografía transtorácica (ETT) objetivándose elevación de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo con aurícula izquierda dilatada sin áreas discinéticas. El cateterismo cardiaco muestra obstrucción del 85% de la coronaria derecha (CD) realizándose una angioplastia coronaria transluminar percutánea (ACTP) y colocación de stent. Posteriormente, controlado por su MAP con buena evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Su MAP realiza una EF con auscultación cardíaca y pulmonar, determinación de SatO<sub>2</sub>, TA, GC y ECG. En urgencias radiografía, analítica completa y seriación de GC y enzimas cardiacas. En el servicio de coronarias un ETT y cateterismo.

**Juicio clínico:** Infarto agudo de miocardio silente en contexto de hipoglucemias severas con enfermedad coronaria monovaso (CD) e ICC secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Elevación enzimática en contexto de ICC desencadenada por infección respiratoria vs isquemia silente en el contexto de hipoglucemias graves.

**Comentario final:** Consideramos interesante el hecho de que la hipoglucemias severas puedan desencadenar isquemias (en este caso, silente) en un diabético que quizás presentase ya lesiones coronarias no detectadas. Esto es un motivo más para plantearse que todo paciente visto en Atención primaria con hipoglucemias severas, aún sin dolor torácico ni datos eléctricos de isquemias, deba derivarse al hospital para descartar

cardiopatía isquémica.

## Bibliografía

Gerbaud E, et al. Glycemic Variability Is a Powerful Independent Predictive Factor of Midterm Major Adverse Cardiac Events in Patients With Diabetes With Acute Coronary Syndrome. *Diabetes Care*. 2019; 42(4):674-81.

Rezende P, et al. Hypoglycemia and Elevated Troponin in Patients With Diabetes and Coronary Artery disease. *JACC*. 2018; 72:1778-86.

**Palabras clave:** Hipoglucemias. Isquemia miocárdica. Troponinas.