

# SEMINARIO TALLER DIABETES Y CORAZÓN

## Sábado 11 de Agosto de 2007 - SALTO

### Historia Clínica

Paciente de 45 años, sexo masculino, tabaquista intenso, sin antecedentes personales a destacar, asintomático, que concurre por un control clínico y paraclínico.

Del examen clínico se destaca:

Altura 1,75 m, peso 95 Kg, IMC 31 kg/m<sup>2</sup>, circunferencia abdominal 110 cm. CV: Ritmo regular de 70 cpm. R1 y R2 normales. No R3 ni R4. No soplos. PA 140/90 mm Hg. Pulsos normales. Sector venoso normal. PP normal.

De la paraclínica se destaca:

-Glucemia basal 117 mg/dL.  
-Colesterol total 212 mg/dL, HDL 30 mg/dL, TG 201 mg/dL, LDL 142 mg/dL  
-Ácido úrico 10 mg/dL  
-Azoemia, creatininemia, ionograma y examen de orina normales.  
-Rx de Tx y ECG normales.

Preguntas:

- Síndrome metabólico
- Riesgo vascular moderado
- Hipertensión arterial
- Sobrepeso severo

2) ¿Qué exámenes paraclínicos solicitaría?

- Microalbuminuria
- Estudio de perfusión miocárdica con MIBI sensibilizado con esfuerzo ergométrico
- Curva de glicemia
- Ecocardiograma

3) ¿Qué medidas terapéuticas adoptaría?

- Descenso ponderal, ejercicio físico aeróbico controlado e intentar cese de tabaquismo
- Iniciaría tratamiento con IECA o ARA2
- Utilizaría fibratos para descender sus niveles elevados de triglicéridos y elevar su HDL colesterol
- Indicaría AAS a dosis bajas (por ejemplo 100 mg/día) como medida de prevención de eventos cardiovasculares adversos

El paciente vuelve 2 años después y está asintomático pero no cumplió con las medidas propuestas. Se revalora y se comprueba:

Examen físico con peso y circunferencia abdominal aproximadamente iguales a los del examen inicial, PA 158/96. Resto del examen sin cambios.

De la paraclínica se destaca:

- Glucemia basal 160 mg/dL que se repite a las 2 semanas y es de 127 mg/dL.  
- Colesterol total 236 mg/dL, HDL 32 mg/dL, TG 190 mg/dL, LDL 166 mg/dL.  
- Resto de paraclínica incambiada.

Preguntas:

5) ¿Cuál o cuales de las siguientes aseveraciones es o son correctas?

- Para establecer el diagnóstico de diabetes mellitus se requiere una curva de glucemia
- El riesgo vascular es moderado alto
- La presión arterial objetivo del paciente es < 130 / 80 mmHg

d) El LDL colesterol objetivo es menor a 130 mg/dl

**6) ¿Qué medidas terapéuticas adoptaría?**

- a) Comenzaría tratamiento con atorvastatina 20 mg/día
- b) El uso de drogas antihipertensivas está indicado si con medidas higienicodietéticas no se controla sus cifras tensionales
- c) Dado el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica, una droga antihipertensiva adecuada para el inicio del tratamiento sería un betabloqueante del tipo del atenolol
- d) El uso de metformina en este paciente permitiría un mejor control metabólico de su diabetes aunque no impactaría en la morbimortalidad

**A los 6 meses el paciente asintomático concurre a policlínica:**

**Un electrocardiograma de control mostró una secuela de infarto de cara inferior.**

**Se le practicó un ecocardiograma que mostró FEVI normal y aquinesia de cara inferior.**

**Se le realizó una ergometría que fue positiva por angor e infradesnivel de 2.5 mm del segmento ST recto en la segunda etapa del protocolo de Bruce con una erogación metabólica de 5 METs y con respuesta presora normal.**

**Se realizó CACG que mostró lesiones severas extensas de tercio proximal y medio de DA, lesión severa de CX proximal y oclusión de CD, lechos distales aceptables.**

**7) ¿Qué tipo de revascularización indicaría en este paciente?**

- a) Angioplastia con balón
- b) Angioplastia con stent metálico
- c) Angioplastia con stent elusor de drogas
- d) Cirugía de revascularización miocárdica

**8) Si se opta por cirugía de revascularización coronaria:**

- a) Utilizaría exclusivamente puentes venosos
- b) Intentaría lograr una revascularización completa
- c) Obtendría mejores resultados si opera al paciente con un adecuado control metabólico
- d) No utilizaría ambas arterias mamarias por el alto riesgo de necrosis del esternón

**9) ¿Qué otras medidas terapéuticas adoptaría?**

- a) No tiene indicación de estatinas si su LDL colesterol es menor a 100 mg/dL
- b) Debe ser tratado con AAS a bajas dosis durante el resto de su vida
- c) La rosiglitazona es el hipoglucemiante de elección en este caso
- d) La inclusión de perindopril al plan terapéutico podría ser útil

**10) Con respecto al manejo de este paciente es cierto que:**

- a) Dado el riesgo de enmascarar hipoglicemias debería intentarse evitar el uso de betabloqueantes
- b) Un LDL colesterol menor de 70 mg/dL es el adecuado
- c) Debería evitarse el descenso de las cifras tensionales por debajo de 130/80 mmHg por el riesgo de provocar hipoperfusión coronaria
- d) Luego de haber iniciado el tratamiento farmacológico adecuado el cambio de estilo de vida no determina un impacto adicional significativo en la morbimortalidad