

Caso clínico comentado por expertos

Paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión mal controlada con dos fármacos

Patient with type 2 diabetes and poor-controlled hypertension with two drugs

Anamnesis

V arón de 57 años con diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) de 4 años de evolución que presenta, en la última analítica, una hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) del 6,4% y cifras de presión arterial (PA) muy elevadas a pesar del tratamiento hipotensor.

Antecedentes familiares

Desconoce la causa del fallecimiento de sus abuelos, aunque sabe que uno de ellos murió joven y el resto con más de 70 años. Padre fallecido a los 68 años «del corazón», aunque había tenido también varios cólicos nefríticos a lo largo de su vida. Madre diagnosticada recientemente de diabetes tipo 2 y de hipertensión. Hermana sin patologías que él conozca. Dos hijos sanos.

Antecedentes personales

Visitador médico de profesión. Fue intervenido en su juventud de una fractura. Hace 10 años, presentó un episodio de cólico nefrítico. Está diagnosticado de hipertensión, hiperlipemia mixta y DM2 desde hace 4 años. Buena salud habitual. Le gusta hacer deporte (tenis y/o pádel unas tres veces por semana). Sigue tratamiento con metformina (1.000 mg/día), vildagliptina (50 mg en comida y cena), simvastatina (10 mg/día), hidroclorotiazida (12,5 mg/día) y valsartán (320 mg/día).

Enfermedad actual

Desde el punto de vista clínico se encuentra perfectamente, no refiere sentirse mal en absoluto, no ha presentado nunca rubefacción facial (*flush*), cefaleas ni ninguna otra molestia física. Desde que hace deporte regularmente, se encuentra «mejor que nunca». Prefiere los alimentos salados a los dulces.

Datos correspondientes a la última revisión

Peso 89 kg; talla 174 cm; PA 158/106 mmHg; cintura abdominal 101 cm. Se auscultan tonos puros y rítmicos. No se aprecia insuficiencia vascular periférica ni signos de neuropatía periférica. En la analítica diferida aparecen los siguientes resultados: glucemia basal 122 mg/dL; HbA_{1c} 6,4%; creatinina 1,1 mg/dL; colesterol total 203 mg/dL; triglicéridos 137 mg/dL; colesterol-HDL 68 mg/dL; ácido úrico 5,4 mg/dL, y proteinuria 0,6 g/24 h. No hay ningún otro dato bioquímico patológico, incluidos el calcio y el fósforo. Respecto al control ambulatorio del paciente, realiza un perfil glucémico de 6 puntos al mes y, puntualmente, 2 horas después de comidas copiosas. Se mide la PA todas las semanas y presenta siempre cifras en torno a 140/95 mmHg. La exploración del fondo de ojo revalorizada resultó absolutamente normal, como también fue normal el ECG que se hizo cuando se le diagnosticó la diabetes.

Respuesta del Dr. Jesús Medina Asensio

¿Qué otras pruebas complementarias le pediría a este paciente?

En nuestro paciente hay dos aspectos que deben plantearse: el primero es encuadrarlo dentro del riesgo cardiovascular a 10 años, y el segundo, valorar la falta de respuesta al tratamiento antihipertensivo.

Valoración del riesgo vascular

Para establecer el riesgo cardiovascular (RCV), disponemos de las conocidas tablas de Framingham modificadas en 2008¹, así como de las del proyecto SCORE europeo². La tabla de Framingham nos da para nuestro caso un riesgo del 30%,

Fecha de recepción: 11 de junio de 2010
Fecha de aceptación: 1 de julio de 2010

Correspondencia:

J. Medina Asensio. Servicio de Medicina Interna. Hospital «12 de Octubre». Avenida de Córdoba, s/n. 28041 Madrid. Correo electrónico: jmedinaa@yahoo.es

Lista de acrónimos citados en el texto:

ACC: antagonistas de los canales del calcio; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ARAl: antagonistas del receptor de la angiotensina II; CV: cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; HCTZ: hidroclorotiazida; HTA: hipertensión arterial; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; PA: presión arterial; RCV: riesgo cardiovascular.