

**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<sub>1c</sub>) 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<sub>1c</sub> 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 2008<sup>1</sup>, así como de las del proyecto SCORE europeo<sup>2</sup>. 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<sub>1c</sub>: 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.