

MEDICINA HUMANA  
CAMPUS SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS

CARDIOLOGIA  
DR. DARINEL NAVARRO PINEDA  
CASOS CLINICOS

JUDITH ANAHI DIAZ GOMEZ  
5° SEMESTRE      1° UNIDAD

## CASO CLÍNICO DE: SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN



### RESUMEN

El caso que se presenta es de un paciente masculino de 66 años de edad con varios factores de riesgo cardiovasculares, entre ellos una diabetes tipo 2 mal controlada y obesidad. Además, el paciente es fumador activo e hipertenso.

La cuestión radica en que el paciente llega a consulta por cirugía vascular por edemas de miembros inferiores.

Por todo ello, el paciente fue ingresado para estudio detallado de su patología y para observación; durante el ingreso no se objetivó alguna otra causa, pero sí una fuerte dependencia al tabaquismo y un mal control de su diabetes.

Al darle de alta, el tratamiento fue modificado y se objetivó una espectacular mejoría 4 meses después, en consultas de Medicina Interna.

## INTRODUCCIÓN

Con la descripción del siguiente caso clínico se quiere describir la comorbilidad que se presenta en pacientes con diabetes, obesidad e hipertensión, y la dificultad que existe tanto a la hora de ofrecer un adecuado diagnóstico ante el gran espectro de patologías posibles, como de otorgar una correcta respuesta terapéutica por nuestra parte.

## CASO CLÍNICO

Varón de 66 años con antecedentes personales de HTA en tratamiento con 3 fármacos con buen control, DM-2 en tratamiento con 1 ADO e insulina preprandial con mal control glucémico, obesidad, fumador activo con un índice paquete-año >50.

En su situación basal el paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, presenta disnea de moderados esfuerzos, tos con expectoración mucosa espesa, ingesta hídrica inadecuada, sibilancias espiratorias frecuentes sin predominio horario y edemas habituales. Su tratamiento habitual: Bromuro de tiotropio; amlodipino 5mg 1-0-0; valsartan/hidroclortiazida 320/12,5mg 1-0-0; Zolpidem 10mg 0-0-1; insulina detemir 34 UI/noche, insulina aspart 28-0-12 UI; Metformina 850mg 1-1-1; Solifenacina 5mg 1-0-0; Tamsulosina 0,4mg 0-0 1.

Remitido a consultas de medicina interna desde cirugía vascular por edemas de miembros inferiores.

Se levanta por la noche a fumar y tomar alimentos. Ha logrado abstinencia tabáquica durante ciertos periodos logrando hasta 1 año, aunque actualmente fuma medio paquete diario. Ha ganado 7 kg de peso en los últimos dos meses y ha notado aumento de edemas en miembros inferiores.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

TA: 145/86

FC: 80

FR: 30

Saturación de oxígeno 95%

Peso 95,2 kg

Talla 1,56 m

IMC 35,01 kg/m<sup>2</sup> (peso ideal 50 kg).

## **Estado general:**

Hidratado, nutrido, normocoloreado, normoperfundido. Obeso, aspecto congestivo. Consciente y orientado en las 3 esferas. No lesiones cutáneas, no adenopatías, no bocio, carótidas rítmicas y simétricas sin soplos, no ingurgitación yugular, orofaringe sin vesículas ni placas. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado con algún roncus disperso. Abdomen blando, depresible, no doloroso, ni signos de irritación peritoneal, no distendido, con ruidos hidroaéreos normales.

Gran panículo adiposo. No visceromegalias ni masas. Puñopercusión renal bilateral negativa. Percusión en espinosas normales, sacroiliacas negativas.

## **En miembros inferiores:**

Edemas con foveas hasta tercio inferior tibial, pulsos pedios presentes y simétricos, no signos de trombosis profunda. Exploración neurológica sin hallazgos: pares craneales normales, pupilas isocóricas normorreactivas, no nistagmus, campimetría por confrontación normal, reflejos osteotendinosos simétricos, fuerza y sensibilidad conservada y simétrica, estática normal, no disimetrías ni adiadococinesia, marcha normal sin aumento de la base de sustentación con pasitos cortos y discreta rotación externa de pie derecho. No rigidez de nuca ni signos meníngeos.

### **En las pruebas complementarias:**

Hemograma normal, coagulación con Act. Protrombina 123% y fibrinógeno derivado 556,1 mg/dl; gasometría arterial basal con insuficiencia respiratoria (pO<sub>2</sub> 59 mmHg) y bicarbonato 27,1 mmol/L con pH 7,46 y pCO<sub>2</sub> 41,7. Hiperglucemia de 233, perfil renal normal, lipidemia normal (colesterol total de 113 y triglicéridos 78), ionograma normal, albúmina normal, perfil hepático normal, Proteína C reactiva 24. HbA1c 6,6%. TSH 0,89 uU/ml.

ECG normal, placa de tórax con pérdida de volumen en hemitórax izquierdo secundario a paquipleuritis residual sin cambios con respecto a previas, TC craneal con discreta atrofia cortical, resto sin alteraciones, ENG/EMG sin poder descartar la presencia de polineuropatía por la presencia de importantes edemas en los pies (en miembros superiores: normal), ECO abdominopélvica con esteatosis hepática y barro biliar y ECO-Doppler de troncos supraaórticos sin hallazgos significativos.

Durante el ingreso estuvo con terapia sustitutiva de nicotina y se modificó tratamiento que al alta continuó: la insulina pasó a basal (Lantus®) antidiabéticos (Dapaglifozina), (Forxiga®) 10 mg/día, metformina 850 mg cada 8 h y Lixisenatida (Lyxumia®) 20 mcg/día) y antihipertensivos (Enalapril 20 mg). Además se añadió Omeprazol 20 mg/día, Ácido acetil salicílico 300 mg al día y parches de Nicotinell.

### **Juicio clínico al alta:**

Diabetes mellitus 2 descontrolada y descompensada, obesidad grado II (IMC 35), edemas crónicos multifactoriales, deterioro del estado general progresivo a estudio, y tabaquismo activo con alta dependencia.

Próxima revisión en 1 mes, aproximadamente, en donde, si persiste la mejoría clínica y la pérdida de peso, se planteará la siguiente cuestión: un paciente que ha evolucionado favorablemente tras la instauración de una nueva medicación puede dejar de ser indicación oficial para dicho tratamiento y por tanto dejar de estar cubierto por el sistema sanitario. Es decir, que la continuación del

tratamiento con glucosúricos en un paciente que va a ser normopeso (si su evolución persiste favorable) no estará cubierto económicamente por el Sistema Nacional de Salud, por lo que el paciente deberá decidir si quiere costeárselo (Dapaglifozina son 56€/mes aproximadamente) o si prefiere ajustar el tratamiento.

## **CONCLUSIONES**

- El abandono tabáquico como primera medida terapéutica o higiénica eficaz sobre la que ir sustentando el resto de tratamientos.
- La pérdida de peso como probable causa de su mejoría sintomática
- La estabilización y mejor control de su diabetes mediante insulina basal, antidiabéticos orales (biguanidas y glucosúricos) y seguimiento mediante programa “eStar” como causa de su pérdida de peso y consiguiente mejoría sintomática.

## CASO CLÍNICO DE: DISLIPIDEMIAS



### Motivo de consulta:

Paciente femenino de 41 años que acude solicitando un análisis de colesterol. Hace varios años le detectaron cifras elevadas de colesterol en una revisión ginecológica, y siguió tratamiento de forma irregular hasta hace dos años.

### Historia Clínica:

- Antecedentes Personales
- No tabaquismo
- Menarquia 14 años; GAV: 2/0/2
- Enol < 20 g/día
- No alergias medicamentosas
- No tratamiento farmacológico actualmente
- No HTA, ni diabetes
- No intervenciones quirúrgicas

### Exploración Física:

- Peso 67,5 Kg; Talla 170 cm; IMC 23,2
- Perímetro cintura abdominal 79,8 cm
- PA 122/71 mm Hg; Pulso 68 lpm
- AC: tonos rítmicos sin soplos
- AR: murmullo vesicular conservado
- Dudoso engrosamiento T. Aquiles derecho
- No otros hallazgos de interés

### Antecedentes Familiares:

- Padre: DM 2, HTA, DLP. Falleció a los 67 años de un ictus
- Madre: DLP (CT > 300 mg/dl) en tratamiento farmacológico (¿estatina?)
- Hermano fallecido a los 47 años por IM
- Dos hijos de 8 y 5 años sanos

### Analítica (hace 3 meses):

- CT 375 mg/dl
- cHDL 50 mg/dl
- cLDL 311 mg/dl
- TG 70 mg/dl

### Analítica:

- CT 363 mg/dl
- cHDL 49 mg/dl
- cLDL 301 mg/dl
- TG 65 mg/dl

- Glucemia 92 mg/dl
- TSH 3 ngr/ml
- GOT/GPT 15/22 UI/l
- Sist. Orina normal

#### Bibliografía:

*Merino-Trujillo, A. (s/f). Como escribir documentos científicos. Caso Clínico. Gob.mx. Recuperado el 14 de septiembre de 2023, de <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/108.pdf>*