



Caso Clínico | APROVEL

Manuel es un paciente de 76 años de edad que acude a la consulta para recoger los resultados de una analítica de rutina.

Antecedentes Familiares: Madre diabética e hipertensa, falleció a los 78 años de un ictus (probable hemorragia cerebral). Padre fallecido a los 67 años de cáncer de pulmón.

Antecedentes Personales: No fumador, bebedor esporádico de vino tinto en las comidas. Practica ejercicio físico (tenis) 3 veces por semana y sale a caminar con su esposa diariamente durante 1 hora.

Antecedentes Patológicos:

- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), diagnosticada en 1998, a los 56 años (20 años de evolución). No ha sufrido complicaciones macrovasculares ni afectación retiniana.

Tratamiento actual: Metformina 850 mg (0,5-1-1)

Sitagliptina 100 mg (1-0-0)

Glimepirida 2 mg (1-0-0)

El paciente refiere algún episodio de hipoglicemia, coincidiendo con sus partidos de tenis, que resuelve con bebidas isotónicas/azucaradas.

- Hipertensión ocular desde 2004 tratada con colirio de Timoftol/Brinzolamida)
- Hipercolesterolemia desde 2010 tratada con Simvastatina 40 mg (0-0-1)

Exploración Física: Buen estado general. Peso: 74,2 Kg; Talla: 175 cm; IMC: 24,2 kg/m². Presión Arterial (media de 3 tomas en brazo izquierdo): 157/76 mmHg. Frecuencia Cardíaca 54 latidos por minuto. Pulsos carotídeos y distales presentes y simétricos. Exploración cardiorrespiratoria normal con tonos cardíacos normales sin soplos. Abdomen normal. Exploración neurológica normal. Monofilamento (+) Índice tobillo brazo 1 bilateral: 1,1

Analítica:

- **Sangre:** Hemograma normal. Glicemia 148 mg/dL. HbA1c: 7,4%. Creatinina: 0,82 mg/dL. Filtrado Glomerular estimado (Ecuación CKD-EPI): 86 mL/min/1,73 m². Urato: 6,7 mg/dL. Colesterol total: 168 mg/dL;



Tiglicéridos: 105 mg/dL, Colesterol-HDL: 53 mg/dL. Colesterol-LDL:93 mg/dL. Ionograma normal.

- *Orina*: sedimento normal. Cociente Albúmina/Creatinina: 120 mg/gr

ECG: normal

Impresión diagnóstica:

- Diabetes Mellitus tipo 2 aceptablemente controlada, con hipoglicemias esporádicas
- Dislipidemia bien controlada
- Posible Microalbuminuria
- Posible Hipertensión Arterial (HTA)

Plan de trabajo: Automedida de Presión Arterial (AMPA) y repetir analítica de orina.

Seguimiento: al cabo de 1 mes el paciente acude con nuevos resultados:

- AMPA: confirma HTA con cifras medias de 152/67 sin efecto aparente de “bata blanca”
- MAPA (Monitorización Ambulatoria) de 24 horas: PA diurna/actividad 152/70 mmHg. PA nocturna/reposo: 148/65. PA 24 horas 150/67 mmHg
- Cociente Albúmina/Creatinina: 88 mg/gr

Diagnósticos:

- DM2
- HTA confirmada. Perfil non-dipper
- Hiperlipidemia
- Microalbuminuria confirmada
- Riesgo cardiovascular global alto

Tratamiento propuesto:

- Mantener el tratamiento antidiabético e hipolipemiente
- Irbesartán 300 mg en dosis única nocturna

Dr. ENIGMAP

Evolución

- Tras 3 meses de tratamiento las cifras de PA en consulta y AMPA se normalizaron y la Microalbuminuria se redujo a 17 mg/gr

Comentarios

El presente caso ilustra la importancia, en primer lugar, de confirmar la presencia de microalbuminuria en pacientes con HTA y DM2, una de las lesiones orgánicas subclínicas que incrementa el riesgo cardiovascular y renal.

Por otra parte, una vez confirmada por métodos ambulatorios la presencia de HTA, en este caso con un perfil non-dipper, es preciso elegir el fármaco antihipertensivo que no solamente reduzca y controle las cifras de presión arterial, sino que además disminuya la excreción urinaria de albúmina.