

Ateroembolismo de colesterol y retinografía

Manuel Polaina-Rusillo, Manuel D. Sánchez-Martos, Carmen P. Gutiérrez-Rivas, Josefa Borrego-Hinojosa

Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Nefrología Sup Ext 2012;3(4):88

doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.Jan.10748

Hombre de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial de larga evolución, intolerancia hidrocarbonada, dislipemia mixta, fumador de 20 cigarrillos/día, con claudicación intermitente, estenosis del 50% de la carótida derecha y oclusión completa de la carótida izquierda en agosto de 2008.

El paciente es remitido al servicio de Medicina Interna por trombosis de vena temporal de la retina izquierda hacía 6 meses. En el estudio de trombofilia realizado se detectó que era portador homocigoto del gen *MTHFR* y heterocigoto del gen del factor XII, por lo que en septiembre de 2008 inicia anticoagulación con acenocumarol. Doce días después se realiza arteriografía de troncos supraaórticos (en esta exploración presenta una crp: 1,1 mg/dl). A principios de noviembre se realiza angiotomografía computarizada, con arteriografía de miembros inferiores, y dichas exploraciones evidencian una acentuada ateromatosis de toda la aorta, un riñón derecho de 11 cm y el izquierdo de 11,8 cm; ateromatosis aortoiliacas y femorales con trombos murales calcificados con permeabilidad de los vasos (coincidiendo con esta exploración, la crp es de 2,1 mg/dl).

El paciente acude a Urgencias a finales de noviembre por una insuficiencia renal aguda con 5,6 mg/dl y mal estado general. En la analítica destacaba eosinofilia del 16% ($1,78 \times 10^9/l$). Presión arterial: 180/100 mmHg. Frialdad de piernas, con debilidad de pulsos pedios y lesiones petequiales de carácter isquémico (figura 1).

Debido a todos sus antecedentes y las exploraciones radiológicas recientes, y ante la alta sospecha de ateroembolismo de colesterol, realizamos una prueba de fondo de ojo (figura 2), en la que se evidencia dicha alteración.

Aunque el diagnóstico de certeza de esta entidad, según la bibliografía revisada, es mediante la realización de una biopsia del tejido afectado, que evidencia el cristal de colesterol, ante un paciente con múltiples factores de riesgo vasculares, la realización de dos arteriografías, la introducción de acenocuma-

rol, sus alteraciones clínico-analíticas, etc., junto con la característica imagen del émbolo de colesterol retiniano, creemos que son suficientes datos para poder llegar al diagnóstico.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.



Figura 1. Lesión eritemato-violácea de carácter isquémico del quinto dedo del pie izquierdo.



Figura 2. Retinografía del ojo derecho: oclusiones vasculares parciales por cristales de colesterol sin afectación macular.

Correspondencia: Manuel Polaina Rusillo
Servicio de Nefrología.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén.
nefropolaina@yahoo.es