

Xantomas eruptivos como primer signo de hipertrigliceridemia severa

Eruptive xanthomas as the first sign of severe hypertriglyceridemia.

Irene Glikin,¹ Tania Zarowsky,² María Florencia Mazza,² Elma Videla,² Solange Houssay,³ Graciela Fernández-Blanco⁴

Resumen

Se comunica el caso de un paciente de 41 años de edad, que consultó por padecer lesiones compatibles con xantomas eruptivos de dos meses de evolución. En el laboratorio de inicio se evidenciaron triglicéridos de 12,200 mg/dL e hiperglucemia de 450 mg/dL. A partir de las lesiones dermatológicas se estableció el diagnóstico de enfermedad metabólica, lo que permitió el inicio del tratamiento adecuado y disminuyó el riesgo de eventos coronarios. Existen pocos casos en la bibliografía de xantomas eruptivos como única manifestación clínica de una hipertrigliceridemia tan severa, sin otras complicaciones clínicas, que podrían asociarse con la dislipidemia y la diabetes.

PALABRA CLAVE: Hipertrigliceridemia; xantomas eruptivos; diabetes.

Abstract

This paper reports the case of a 41-year-old male patient, who presented lesions compatible with eruptive xanthomas of 2 months of evolution. Triglycerides of 12,200 mg/dL and hyperglycemia of 450 mg/dL were found in the start laboratory. From the dermatological lesions the diagnosis of metabolic disease was established, allowing the beginning of adequate treatment and thus reducing the risk of coronary events. There are few cases in the literature that present eruptive xanthomas as the only clinical manifestation of such severe hypertriglyceridemia, without other clinical complications, which could be associated with both dyslipidemia and diabetes.

KEYWORDS: Hypertriglyceridemia; Eruptive xanthomas; Diabetes.

¹ Médica de planta.

² Médica dermatóloga.

³ Médica nutricionista.

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología. Servicio de Dermatología, Servicio Nutrición y Diabetes, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina.

Recibido: julio 2018

Aceptado: octubre 2018

Correspondencia

Tania Zarowsky
taniazaro@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Glikin I, Zarowsky T, Mazza MF, Videla E y col. Xantomas eruptivos como primer signo de hipertrigliceridemia severa. Dermatol Rev Mex. 2019 septiembre-octubre;63(5):519-523.

ANTECEDENTES

Los xantomas son expresión clínica de alteraciones metabólicas; en el caso específico de los xantomas eruptivos se deben a hipertriglicéridemias primarias o secundarias, por lo general con cifras superiores a 2000 mg/dL. Aparecen súbitamente como pápulas amarillentas que miden de 1 a 4 mm de diámetro, usualmente se distribuyen en las superficies extensoras de las extremidades, la espalda, los hombros, los glúteos y las manos. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, concentraciones altas de triglicéridos y la biopsia, que muestra infiltrado dérmico de células linfocitocitarias, con mayor o menor abundancia de células espumosas. Los xantomas involucionan en varias semanas, posterior a corregir el estado dislipidémico, dejando algunas veces máculas hipercrómicas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 41 años de edad, oriundo del Chaco. Consulta por padecer una dermatosis de dos meses de evolución. Al examen físico se evidenciaron pápulas rosado-amarillentas de 2 a 5 mm de diámetro, asintomáticas (**Figura 1**), localizadas en los miembros inferiores, el tronco, el abdomen y los miembros superiores. Se observó, además, ligera hepatomegalia y obesidad grado I. Antecedentes personales: alta ingesta de grasas saturadas en su dieta habitual y consumo de alcohol (500 mL/día). Antecedentes heredo-familiares: desconocidos. Laboratorio inicial: hipertriglicéridemia severa de 12,200 mg/dL; el resto de los análisis analíticos no pudo determinarse por interferencia de quilomicrones (**Figura 2**). Por tal motivo se realizó glucemia capilar, cuyo resultado fue de 450 mg/dL. La ecografía abdominal reveló hepatomegalia a expensas de hígado graso grado I-II. La evaluación oftalmológica descartó el depósito de lípidos en la retina y la evaluación cardiológica estuvo en límites normales. La biopsia de piel evidenció células espumosas (histiocitos) que ocupaban



Figura 1. Múltiples pápulas rosado-amarillentas de 2 a 5 mm de diámetro, de consistencia dura, asintomáticas.



Figura 2. Comparación de suero de un paciente sin dislipemia y el de nuestro paciente.

la dermis papilar y reticular, lo que confirmó el diagnóstico de xantomas eruptivos (**Figura 3**).

Con estos resultados se diagnosticó hipertriglicéridemia severa y diabetes mellitus.

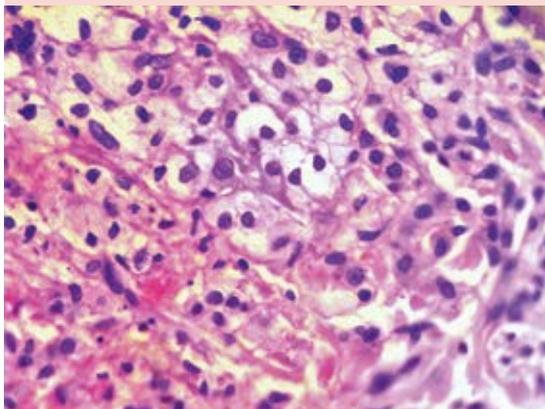


Figura 3. Células espumosas (histiocitos) que ocupan la dermis papilar y reticular.

Se interconsultó con el servicio de nutrición y diabetes, donde se indicó dieta, insulina basal (glargina) 14 unidades/día, metformina 1700 mg/día, ácidos grasos omega 3: 2 g/día, fenofibrato 400 mg/día y automonitoreo glucémico. A los 30 días de iniciado el tratamiento se evidenció franco alivio de las lesiones en la piel, con pápulas pequeñas y algunas lesiones hiperpigmentadas posinflamatorias (**Figura 4**). Laboratorio de control: glucemia: 128 mg, urea: 60 mg/dL, creatinina: 0.93 mg/dL, Bi T: 0.23 UI/L, Bi D: 0.13 UI/L, FAL: 70 UI/L, GOT: 34, GPT: 62, colesterol total: 197 mg/dL, c-HDL: 35.5 mg/dL, c-LDL: 128 mg/dL, triglicéridos: 169 mg/dL, índice de riesgo aterogénico: 5.5, hemoglobina A1c: 8.9%. Ecografía abdominal en límites normales. La nueva biopsia de piel informó fibrosis cicatricial entre cuyas fibras se observaron muy escasos histiocitos xantomizados.

DISCUSIÓN

Los xantomas cutáneos son una expresión de depósitos de lípidos en la piel; pueden ser normolipémicos o dislipidémicos, producidos



Figura 4. Pápulas pequeñas y algunas lesiones hiperpigmentadas posinflamatorias.

por un defecto genético primario o por alguna alteración metabólica.¹

Son neoformaciones cutáneas amarillentas, esencialmente constituidas por células macrofágicas ricas en granulaciones lipídicas de colesterol y triglicéridos.²

En cuanto a su causa, puede relacionarse con hiperlipidemias primarias (tipos Fredrickson-Levy tipo I, IV y V), o secundarias a otras enfermedades, como diabetes mellitus, pancreatitis crónica, alcoholismo, síndrome nefrótico, hepatitis y

colestasis, hipotiroidismo, hemocromatosis y consumo de fármacos, como estrógenos, retinoides y corticoesteroides.³

Sus manifestaciones clínicas varían según su topografía. Los xantomas pueden clasificarse en eruptivos, tuberoeruptivos o tuberosos, tendinosos o planos. Entre los xantomas planos se incluyen el xantasma palpebral, xantoma estriado palmar y xantomas intertriginosos.⁴

Los xantomas eruptivos se observan en la edad adulta y su aparición se vincula con concentraciones de triglicéridos superiores a 2000 mg/dL.⁵ Los pacientes manifiestan en forma brusca múltiples pápulas amarillentas rodeadas de halo eritematoso, pequeñas, de 1-4 mm de diámetro sobre la superficie extensora de las extremidades, el tronco y las nalgas que pueden ser asintomáticas o pruriginosas.^{6,7}

En diabetes tipo 2 el patrón más común es la elevación de los triglicéridos y la disminución de c-HDL, con concentración de triglicéridos menores de 400 mg/dL en 85-95% de los pacientes.⁸ En hiperlipidemia familiar combinada o hipertrigliceridemia familiar que frecuentemente son concomitantes con diabetes se observan severas elevaciones de triglicéridos.⁹

Consideramos que las lesiones en nuestro paciente fueron consecuencia de hiperlipoproteinemia tipo V (hipertrigliceridemia mixta, de origen exógeno y endógeno), diabetes no diagnosticada y descompensada, obesidad abdominovisceral, resistencia a la insulina e ingestión de alcohol. Cabe destacar la magnitud de la hipertrigliceridemia sin afectación pancreática ni retinal. Luego de seis semanas de tratamiento los triglicéridos disminuyeron y las lesiones en la piel se aplacaron paralelamente.

La excelente y pronta respuesta al tratamiento con insulina y fibratos nos orienta a descartar

deficiencia de LPL (lipoproteína lipasa) y de apo CII que es aún menos frecuente. Las causas genéticas de hipertrigliceridemias severas son poco estudiadas por lo poco prevalentes, pero pueden deberse a genes Apo AIV y Apo AV¹⁰ y a otras enzimas más raras, no únicamente LPL.

CONCLUSIONES

Es fundamental insistir en la importancia de los xantomas eruptivos como primera y única manifestación, que impulsaron al paciente a consultar y de esta manera establecer el diagnóstico de diabetes tipo 2 desconocida y dislipidemia primaria (hiperlipidemia combinada familiar). De esta manera, se evitaron complicaciones aún más severas derivadas de su estado metabólico desconocido.

Se promueve, como en el caso de nuestro paciente, el trabajo interdisciplinario entre diferentes servicios del hospital, para abarcar la enfermedad de manera holística; asimismo, dar contención, información y seguimiento para evitar otras complicaciones y realizar controles correspondientes.

REFERENCIAS

1. Sacchi A, Olivares L, Leiro V. Xantomatosis y dislipoproteinemias. *Dermatol Argent* 2013;19:174-182.
2. López Cepeda L, Ramos Garibay JA, Petrocelli Calderón D, Manríquez Reyes A. Xantomas eruptivos como manifestación inicial de diabetes mellitus e hipertrigliceridemia severa. *Rev Cent Dermatol Pasqua* 2010;19:15-18.
3. Renner R, Teuwen I, Harth W, Treudler R. Eruptive xanthome in hypertriglyceridemia. *Hautarzt* 2008;59:995-999.
4. Violini V, Meneses M, Samper A, Lima P. Xantomatosis eruptiva asociada a hiperlipoproteinemia tipo IV de Fredrickson. A propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol* 2014;64(6):230-233.
5. Goldsmith LA. Xantomatosis y dislipoproteinemias. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ y col. *Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2005;1655-1663.

6. Navajas D, Páez G, Sehtman A, Allevato MA. Múltiples pápulas amarillentas de distribución generalizada. *Dermatol Argent* 2014;20(5):352-355.
7. Guardati MV, Díaz MG, Carbó Amoroso E, Reyes MA, Weidmann J, Parry F y col. Xantomas eruptivos a propósito de dos casos familiares. *Rev Argent Dermatol* 2008;89:74-79.
8. Mooradian AD. Dyslipidemia in type 2 diabetes mellitus. *Nature Clinical Practice Endocrinol Metab* 2009;5:150-159.
9. Cossio P. Consenso del Consejo de Aterosclerosis y Trombosis. *Rev Arg Cardiol* 2006;74:1-13.
10. Saavedra N, Cuevas A, Hernández A, Caamaño J, Jaramillo P, Lanás F y col. Polimorfismos genéticos de APOA5 se asocian a hipertrigliceridemia e hiperglicemia en individuos chilenos con enfermedad coronaria y controles. *Rev Chil Cardiol* 2010;29:19-27.

