

Enfermedad coronaria inadvertida en paciente con falsos tofos

Unnoticed coronary disease in a patient with false tophi

MAURICIO RESTREPO, ÁLVARO ARBELÁEZ • MEDELLÍN (ANTIOQUIA)

Evaluamos en consulta externa de reumatología a un hombre de 60 años remitido por “artritis gotosa”. El paciente presentaba lesiones nodulares crónicas en múltiples áreas. Nunca había presentado signos inflamatorios ni salida de ningún material de sus lesiones. Nunca había presentado dolor articular. Refirió angina de pecho típica crónica no estudiada. Los rayos X de codos, pelvis y columna lumbosacra fueron normales, los rayos X de rodillas mostraban calcificaciones vasculares, y los rayos X de tobillos lesiones nodulares en tejidos blandos en área de tendón aquiliano. Dentro de sus antecedentes refirió que sufría de dislipidemia crónica no tratada con niveles de colesterol total cercanos a 600 mg/dl y de triglicéridos alrededor de 400 mg/dl. Había dejado de fumar seis años antes. Igualmente relató que su mamá también tenía múltiples nódulos en manos, rodillas y talones, y que manejaba niveles de colesterol alrededor de 800 mg/dl. El examen físico fue normal, excepto por la presencia de múltiples nódulos móviles no dolorosos sobre tendones en manos, codos, rodillas, Aquiles, y grueso artejo, además en región occipital, párpados y tórax. No había sinovitis ni limitación en arcos de movilidad de ningún área. Hicimos diagnóstico de xantomatosis tendinosa, dislipidemia familiar severa, y a descartar enfermedad coronaria. Sus exámenes demostraron colesterol total de 471 mg/dl, HDL 39 mg/dl, LDL 108 mg/dl, triglicéridos 822 mg/dl, TSH 2.45 UI, y glicemia 103 mg/dl. Una prueba de esfuerzo fue positiva máxima 96% para inducción de isquemia, durante la misma presentó dolor torácico anginoso e infradesnivel del segmento ST de V3 a V6. Fue remitido al servicio de cardiología que ordenó un cateterismo coronario en el que se observó una obstrucción completa crónica de la coronaria derecha, la cual llenaba a través de circulación colateral, y no era susceptible de revascularización percutánea. Sin lesiones significativas en el resto del árbol coronario se indicó manejo médico de su dislipidemia y enfermedad coronaria. Posteriormente el paciente fue enviado a resección quirúrgica de aquellos xantomas más molestos especialmente de codos y talones por razones estéticas y por la alteración del calzado y la marcha.



Figura 1. Nódulos en el tendón de Aquiles derecho.



Figura 2. Nódulo sobre el codo izquierdo.



Figura 3. Angiografía coronaria: Obstrucción completa de la arteria coronaria derecha (flecha amarilla), la cual se llena a través de circulación colateral (flecha blanca).

Dr. Mauricio Restrepo Escobar: Especialista en Medicina Interna y en Reumatología. Profesor Auxiliar; Dr. Álvaro Arbeláez Cortés: Especialista en Medicina Interna. Residente de Reumatología. Sección de Reumatología. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia).
Correspondencia: Dr. Mauricio Restrepo Escobar. E-mail: mauresco90@hotmail.com
Recibido: 17/VII/2011 Aceptado: 21/VII/2011