

Caso para diagnóstico

Neoformaciones amarillentas en el tronco y las extremidades

Sara Pérez Cortés,* José Alberto Ramos Garibay,** Karina Morán Martínez ***

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 41 años de edad, originario y residente del D.F., con una dermatosis disseminada hacia el tronco y las extremidades superiores e inferiores, afectando el tórax, brazos y antebrazos en sus caras posteriores y codos; también glúteos, muslos en su cara anterior y rodillas. La dermatosis

estaba constituida por numerosas neoformaciones de aspecto papular, de 1 a 5 mm de diámetro, amarillentas, con base eritematosa, algunas aisladas y otras conflúan formando placas de diferente tamaño (*Figuras 1 y 2*).

El paciente refirió haber iniciado con «granitos en el cuerpo» tres meses antes de acudir a consulta.

No presenta antecedentes heredofamiliares de importancia para su padecimiento, pero padece diabetes mellitus tipo 2 desde hace cinco años, sin tratamiento actual. Se solicitaron exámenes iniciales de laboratorio, los cuales reportaron: glucosa 208 mg/dL, colesterol 218 mg/dL, triglicéridos 2,148 mg/dL y HDL 22.0 mg/dL.

Con los datos antes descritos, ¿cuál es su diagnóstico probable?



Figura 1.

Aspecto general de la dermatosis en el tronco y las extremidades.



Figura 2.

Morfología de las neoformaciones de aspecto papular, amarillentas, rodeadas por un halo eritematoso.

* Dermatóloga.

** Dermatopatólogo.

*** Residente del tercer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

DIAGNÓSTICO: XANTOMAS ERUPTIVOS

Los xantomas son una forma de presentación clínica de las alteraciones del metabolismo lípido en la piel.¹ Estos pueden ser normolipémicos o dislipémicos. La hiperlipidemia es resultado de una alteración genética primaria o secundaria a otras enfermedades, como la diabetes mellitus, la enfermedad obstructiva hepática, tiroidea o renal, la pancreatitis, o la aterosclerosis, o bien por la ingesta de retinoides. Dichas patologías pueden ser el origen de la formación de xantomas.²

Existen cuatro tipos de xantomas asociados a la hiperlipidemia; estos son: planos, tendinosos, tuberosos y eruptivos.^{3,4}

Xantomas planos. Aparecen en diversas localizaciones en forma de placas ligeramente elevadas con un diámetro que puede alcanzar hasta 5 cm; su coloración oscila entre el amarillo tostado y el naranja. Dentro de estos tenemos las siguientes variantes: intertriginosos, estriados y xantelasmas.

Xantomas tendinosos. Son neoformaciones subcutáneas, firmes, de aproximadamente 1 cm de diámetro, cubiertas de piel normal. Se localizan siguiendo el trayecto de los tendones y son más frecuentes en codos, manos y pies. Son casi patognomónicos de hipercolesterolemia familiar heterocigótica, con niveles elevados de LDL y colesterol.

Xantomas tuberosos. Son neoformaciones de tamaño variable, que oscilan entre 0.5-2.5 cm de diámetro, de color amarillento; predominan en las superficies extensoras de las extremidades. Su consistencia es firme y su aparición es lenta y progresiva. Se les asocia a hipercolesterolemia con niveles elevados de LDL, hiperlipidemias tipo II y III, y enfermedades secundarias como el hipotiroidismo y las gammapatías monoclonales.

Xantomas eruptivos. Son poco frecuentes y generalmente se presentan en adultos. Se asocian a hipertrigliceridemia, incremento en la concentración de quilomicrones, LDL o hiperlipidemias secundarias, como la diabetes mellitus, ya que la insulina es necesaria para el catabolismo de los triglicéridos (quilomicrones y LDL) mediante la lipoproteinlipasa. Ante un descontrol glicémico, los niveles de triglicéridos, colesterol total y LDL son directamente proporcionales a la hemoglobina glucosilada, mientras que la concentración de HDL es inversamente proporcional a ésta.^{5,6} Pueden manifestarse en forma secundaria a diabetes mellitus no controlada, pancreatitis crónica, alcoholismo, síndrome nefrótico, hepatitis, colestasis, hipotiroidismo, hemocromatosis, ingesta de fármacos como los estrógenos, retinoides y corticoides.⁷

En los casos de hiperlipidemia, hay un incremento de colesterol, triglicéridos o ambos. El resultado de esto es una infiltración en los tejidos y fagocitosis subsecuente por los macrófagos de la dermis, lo que resulta en la apariencia clínica del xantoma.^{3,7}

Los xantomas eruptivos aparecen en forma súbita como múltiples neoformaciones de aspecto papular, son pequeñas y miden entre 1 y 4 mm de diámetro; son de color amarillo a anaranjado y a veces están rodeadas por una pequeña zona eritematosa con el tiempo pueden confluir formando placas;⁶ estas aparecen en un lapso de semanas a meses, en ocasiones acompañadas de edema y prurito. Es frecuente observar el llamado «fenómeno de Köebner».⁸ Se distribuyen en los glúteos, hombros, manos y superficies extensoras de extremidades, codos y rodillas. Existen comunicaciones de casos de presentaciones atípicas en pliegues axilares y mucosa oral.⁹

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, así como en los niveles altos de triglicéridos y en el estudio histopatológico, en donde es característico observar la presencia de macrófagos tisulares de aspecto espumoso cargados de lípidos con distribución perivascular, los cuales se acompañan de un infiltrado mixto de mono- y polimorfonucleares en la dermis.^{3,9} (**Figuras 3 y 4**).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el histiocitoma eruptivo, granuloma anular, xantogranuloma juvenil, molusco contagioso y xantogranuloma necrobiótico.^{6,9}

La evolución es buena si se lleva una dieta adecuada, además de la ingestión de hipocolesterolemiantes como el bezafibrato y con tratamiento de la enfermedad subyacente. En ocasiones es posible la extirpación quirúrgica, dependiendo del tamaño de las lesiones. Lo anterior previene a su vez el desarrollo de pancreatitis o aterosclerosis prematura. En general, los pacientes responden adecuadamente al tratamiento, con resolución completa de las lesiones en el curso de 6 a 8 semanas, quedando sólo manchas hipercrómicas residuales y, algunas veces, cicatrices de tipo queloides.^{6,10}

COMENTARIO

En este artículo comunicamos el caso de un paciente diabético que presentó lesiones características de los xantomas eruptivos, así como incremento importante en el nivel de triglicéridos, por lo que clasificamos la dermatosis como xantomatosis eruptiva, la cual fue secundaria a diabetes mellitus descontrolada. El paciente desconoce antecedentes de dislipidemia en su familia, por lo que es conveniente el estudio de la

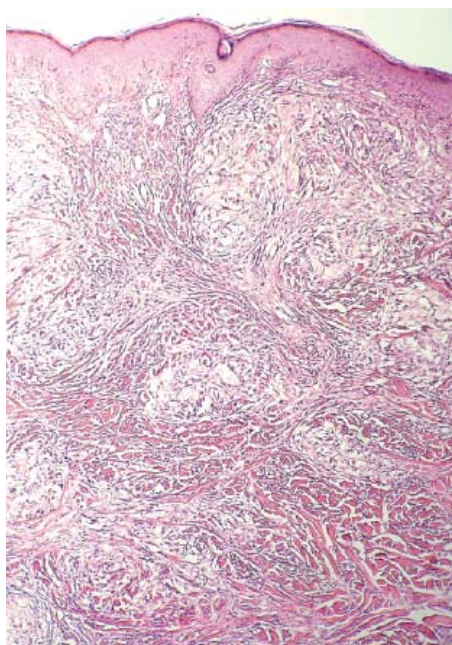


Figura 3.

Epidermis que conserva los procesos interpapilares. En toda la dermis se observan infiltrados focales (H&E 4x).

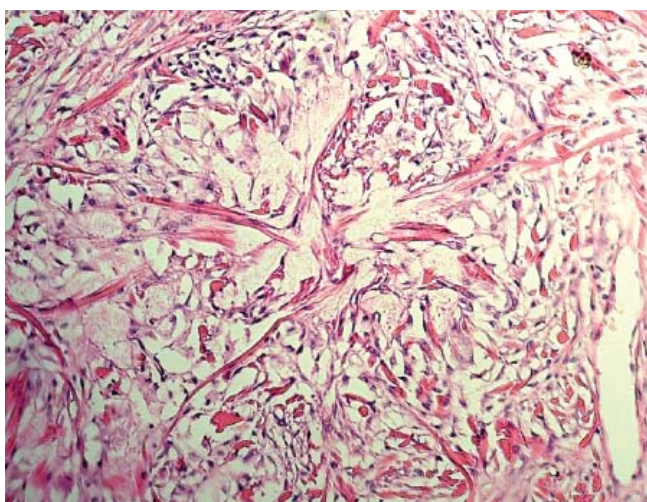


Figura 4. Obsérvese el tipo de células del infiltrado, las cuales contienen abundante citoplasma característico (H&E 25x).

misma, con el fin de detectar otros casos para que reciban un tratamiento oportuno y evitar el desarrollo de complicaciones como las que podrían haberse presentado de haber continuado con su descontrol metabólico.

Para un manejo integral, se refirió al paciente con el médico internista, quien inició el tratamiento con base en una dieta libre de grasa, bezafibrato 200 mg



Figura 5.

Manchas hiperocrómicas residuales al mes de iniciar tratamiento con bezafibrato.

cada 12 horas y metformina 850 mg; se tuvo una buena respuesta. Las lesiones cutáneas remitieron en un mes, y quedaron sólo manchas hiperocrómicas residuales (**Figura 5**). El paciente está asintomático hasta el momento.

El dermatólogo tiene un papel decisivo en el diagnóstico de las hiperlipidemias, pues en la mayoría de las ocasiones es el primero en observar estas lesiones que se interpretan como «marcadores cutáneos», ya que pueden ser manifestación inicial de una enfermedad sistémica.

Al hacer el diagnóstico de xantomas eruptivos es importante instaurar un tratamiento oportuno para prevenir las complicaciones de las enfermedades sistémicas implicadas en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez MA, Navarrete G, Zuloeta E. Xantomas eruptivos. Marcador cutáneo de enfermedad sistémica. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002; 11: 27-29.
2. Lugo-Somolinos A, Sánchez JE. Xanthomas: a marker for hiperlipidemias. *Bol Asoc Med PR*. 2003; 95: 12-6.
3. López CLD, Ramos-Garibay J, Petrocelli D, Manríquez R. Xantomas eruptivos como manifestación inicial de diabetes mellitus e hipertrigliceridemia severa. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010; 19: 15-18.
4. Barzaga H, Ramos A, Lazo L. Xantomas eruptivos asociados a diabetes mellitus tipo II e hipertrigliceridemia: reporte de un caso. *Archivo Médico de Camagüey*. 2009; 13: 1-6.

5. Fagundes P, Teixeira P, Sakai N et al. Eruptive xanthoma with unexpected granuloma annulare-like microscopic appearance-case report. *A Bras Dermatol*. 2009; 84: 289-292.
6. Villalón G, Martín J, Monteagudo C et al. Eruptive xanthomas after onset of diabetes mellitus. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 419-27.
7. Recarte M, Ferrero A, Ordano C et al. Xantomas eruptivos. *Dermatología Argentina*. 2007; XIV: 56-59.
8. Goldstein GD. The Köebner response with eruptive xanthomas. *J Am Acad Dermatol*. 1984; 10: 1064-1065.
9. Frankel R, Capone R. Xanthelasmas and xanthomas. Cutaneous clues to systemic lipid disorders. *Clinical Eye and Vision Care*. 1995; 7: 117-128.
10. Digby M, Belli R, Mc Graw T, Lee A. Eruptive xanthomas as a cutaneous manifestation of hypertriglyceridemia. A case report. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2011; 4: 44-46.

Correspondencia:

Dra. Sara Pérez Cortés,
Dra. Karina Morán Martínez
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc, 06780,
México, D.F. Tel: 5519 6351
E-mail: sara940524@att.net.mx