



## 242/322 - DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES Y LIVEDO RETICULARIS EN LOS PIES

V. Arroyo Talavera<sup>a</sup>, I. Saucó Colón<sup>b</sup> y C. Ruiz Carroza<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Nefróloga. Hospital de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Urgencias. Hospital de San Carlos. San Fernando. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 70 años fumador de 20 cigarros/día dislipemia, Hipertensión, Diabetes tipo II en tratamiento con atorvastatina, enalapril/hidroclorotiazida, amlodipino, metformina/sitagliptina. Consulta en Urgencias por dolor de miembros inferiores, astenia de una semana de evolución y la aparición de lesiones en plantas y dedos de pies eritemato-violáceas. En los 15 días previos se había realizado un cateterismo por dolor torácico implantándose un stent en DA e iniciando doble antiagregación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, PA: 180/90 mmHg, afebril. ACP: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo conservado. Abdomen blando depresible sin masas ni megalias no doloroso a la palpación. Presencia de lesiones dérmicas en plantas y dedos de los pies con aspecto de livedo reticularis. Pulsos pedios poplíteos y femorales presentes y simétricos. No cambios en la temperatura de la piel. Hemograma: leucocitosis, anemia microcítica y eosinofilia. Bioquímica: urea: 180 mg/dl, creatinina 4,2 mg/dl, PCR: 60. Orina: proteínas 150 mg/d, hematíes 50/ul, cilindros hialinos y granulados. Ecografía abdominal y doppler renal: sin hallazgos relevantes. Ecocardiograma: signos de HVI y valvulopatía aórtica ligera con FE conservada. Fondo de ojo: presencia de placas de Hollenhorst placas de colesterol en venas retinianas. Biopsia de piel: presencia de émbolos de colesterol en vasos dérmicos.

**Juicio clínico:** Ateroembolismo de colesterol. Enfermedad renal ateroembólica.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial debe realizarse con vasculitis sistémicas, enfermedades del colágeno, embolia de origen cardíaco, enfermedades por inmunocomplejos, nefropatías por contrastes yodados. El deterioro de la función renal, las lesiones dérmicas y el cateterismo reciente nos orientan hacia ateroembolismo de colesterol siendo la biopsia la que nos da el diagnóstico de certeza.

**Comentario final:** Se inició tratamiento con prednisona con dosis 1 mg/kg/día y se mantuvo la doble antiagregación a pesar de lo cual la función renal empeoró precisando tres sesiones de hemodiálisis con posterior mejoría lenta y paulatina de la función renal siendo dado de alta con creatinina 3,5 mg/dl. La enfermedad renal ateroembólica es una enfermedad poco común que afecta a varones blancos mayores de 60 años, con historia de enfermedad ateromatosa vascular tras procedimientos angiográficos invasivos, cirugía vascular, terapia trombolítica, terapia con vitamina

K, sepsis por gramnegativos o, incluso, sin ningún factor desencadenante.

### **Bibliografía**

1. Oliva E, Rodríguez JC. Nefropatía isquémica y enfermedad ateroembólica. Nefrología clínica, 3ª ed. 279-85.

**Palabras clave:** Embolia de colesterol. Enfermedad renal ateroembólica.