



PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR EMBOLIA DE COLESTEROL

Sr. Director: La embolización de cristales de colesterol es un trastorno que se produce por la liberación de dichos cristales desde las placas ulcerosas ateroscleróticas de distintos territorios. En la bibliografía hay escasa información sobre esta enfermedad, que va en aumento en los últimos años.

Presentamos el caso de un varón de 77 años de edad que acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal difuso acompañado de náuseas y vómitos. Entre sus antecedentes destacaba la realización de una arteriografía 10 días antes durante su ingreso en el servicio de cardiología por angina estable. En la exploración se evidenció un paciente consciente, orientado, estable hemodinámicamente, afebril y con el abdomen doloroso a la palpación, con evidentes signos de irritación peritoneal. La analítica revelaba neutrofilia sin leucocitosis, creatinina de 3,32 mg/dl y el resto de los parámetros del hemograma, bioquímica y coagulación se encontraban dentro de la normalidad. En la radiografía de abdomen se observaban asas de intestino delgado dilatadas con patrón en «pilas de monedas».

Con el diagnóstico de abdomen agudo se practicó una laparotomía exploradora en la que se objetivó una peritonitis difusa por perforación del yeyuno. Se realizó una resección intestinal de 10 cm más reconstrucción del tránsito mediante una anastomosis terminoterminal manual. La anatomía patológica mostró una retracción isquémica del intestino delgado secundaria a émbolos de colesterol con perforación intestinal, esteatonecrosis en tejido adiposo periintestinal y peritonitis fibrinopurulenta. El paciente evolucionó satisfactoriamente y como única complicación presentó una infección de la herida quirúrgica. En la actualidad se encuentra asintomático.

La embolia de colesterol se describe como consecuencia de la emisión de cristales de colesterol que proceden de lesiones arterioscleróticas desde distintos territorios¹. Dentro de su etiología se describen factores espontáneos y factores inductores como la cirugía de grandes vasos, la anticoagulación, el cateterismo arterial y la fibrinólisis².

Esta enfermedad se presenta fundamentalmente en población mayor de 70 años³. En los últimos años se ha observado un aumento de su incidencia debido al incremento de la longevidad y al uso de maniobras diagnósticas y terapéuticas inductoras de esta enfermedad.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la nefropatía y la isquemia distal⁴. Entre las manifestaciones renales, las que se observan con mayor frecuencia son la hipertensión arterial, la estenosis uretral y la glomerulonefritis necrosante. Otras formas de presentación son la enfermedad cutánea, las retinopatías, afectación del sistema nervioso central (accidente cerebral vascular, accidente isquémico transitorio) y las cardiopatías (infarto agudo de miocardio, angina inestable)². Las manifestaciones gastrointestinales son raras; la obstrucción intestinal es la complicación que se observa con mayor frecuencia⁴, y es más excepcional la perforación intestinal, de la cual hay descritos menos de 10 casos en la bibliografía^{5,6}. Otras formas de presentación son la pancreatitis aguda, la necrosis intestinal y la hemorragia digestiva alta y baja². El diagnóstico se confirma habitualmente mediante biopsia de los tejidos afectados⁷. En conclusión, la presentación de dolor abdominal y/o abdomen agudo en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos de

riesgo puede ser secundaria a complicaciones digestivas de la enfermedad por embolia de cristales de colesterol. Por tanto, esta entidad debería tenerse en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico diferencial en este tipo de pacientes.

C. ROQUE CASTELLANO, J. MARCHENA GÓMEZ,
J.A. HERNÁNDEZ NAVARRO y J.M. HERNÁNDEZ ROMERO
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr.
Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blair NP, Hayes GW. Perforation of the small bowel: a case report. *Can J Surg.* 1995;38:281-2.
2. Moll Camps JJ, Castro Forns M, Peraire Navarro M, Martín Plata C. Revisión de la enfermedad por embolismo de cristales de colesterol. *Rev Clin Esp.* 2004;204:320-2.
3. Fujiyama A, Mori Y, Yamamoto S, Iba O, Kurihara H, Masaki H, et al. Multiple spontaneous small bowel perforations due to systemic cholesterol atheromatous embolism. *Intern Med.* 1999; 38:580-4.
4. Nahon S, Dugue C, Adotti F, Manet S, Bouzard D, Tuszinski T, et al. Occlusion du grêle secondaire à une sténose ischémique par embolie de cristaux de cholestérol. *Ann Med Interne.* 2000; 151:417-20.
5. Jiménez-Heffernan JA, Martínez-García CM, Sánchez MA, Jiménez C, Perna C, Burgos E. Small bowel perforation due to cholesterol atheromatous embolism. *Dig Dis Sci.* 1995;40:481-4.
6. Blair NP, Hayes GW. Perforation of the small bowel: a case report. *Can J Surg.* 1995;38:281-2.
7. Paraf F, Jacquot C, Bloch F, De Montpreville V, Bruneval P. Cholesterol crystal embolization demonstrated on GI biopsy. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:3301-4.