

424/3406 - HIPERTRIGLICERIDEMIA SUPERIOR A 4.000 MG/DL

A. Ruiz Comellas¹, À. Casldàliga Solà², M. Fusté¹ y M. Pérez Garcia¹

¹Médico de Familia. CAP Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona. ²CAP Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 56 años que es llevado a urgencias del hospital por clínica de síncope vasovagal. Antecedentes: síndrome ansioso depresivo. Enolismo (21 UBE/semana). Tratamiento: citalopram, lorazepam.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocoloreado y normohidratado. No xantomas. TArt: 122/49. FC: 76. Saturación oxígeno: 100%. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración neurológica: sin alteraciones. No ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular, no edemas en extremidades inferiores, ni signos de trombosis venosa profunda. ECG: Ritmo sinusal a 74 x', eje 0°, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: colesterol 634 mg/dL, HDL-colesterol 36 mg/L, LDL-colesterol no calculable por triglicéridos > 400, triglicéridos 4,064 mg/dL, colesterol no HDL 409 mg/dL, GPT 132 U/L, GOT 170 U/L, GGT 641 U/L, amilasa 49 U/L, lipasa 84 U/L, LDH 1070 U/L. Filtrado glomerular 65,22 mL/min. Glucosa 88 mg/dL. TC craneal: sin alteraciones. Primera visita al ambulatorio: asintomático, exploración normal. IMC 26. Revisamos última analítica: 10/2014: triglicéridos 211 mg/dl, colesterol 235 mg/dl. Conducta: cálculo riesgo cardiovascular: 6. Abstención de alcohol, dieta estricta y recomendamos ir a caminar cada día. Se solicita analítica de control en 3 semanas y ecografía abdominal.

Orientación diagnóstica: Analítica 26/3/2019: triglicéridos 178 mg/dl, colesterol 267 mg/dl, HDL 45 mg/dl, LDL 186 mg/dl, GPT 20 U/L, GOT 20 U/L, GGT 108 U/L, fosfatasa alcalina 77 U/L. TSH 2,6 mUI/L. Serología hepática negativa. Ecografía abdominal: sin alteraciones significativas. Analítica 7/5/2019: normalización de todos los parámetros. Pérdida de 7 kg de peso con dieta y caminar cada día.

Diagnóstico diferencial: Dislipemia mixta. Hipertrigliceridemias primarias (alteración genética). Hipertrigliceridemias secundarias: consumo de alcohol, dieta rica en azúcares simples, sedentarismo, síndrome metabólico, hepatitis aguda, Insuficiencia renal, hipotiroidismo, fármacos, obesidad, diabetes.

Comentario final: La hipertrigliceridemia puede provocar dos tipos de patologías. En primer lugar, triglicéridos > 800 mg/dl se asocian a un riesgo alto de pancreatitis aguda. En segundo lugar, si se acompañan de colesterol elevado, aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Bibliografía

1. Jover A, Bergoglio MT, Solá E, Hernández A. Protocolo diagnóstico de las hipertrigliceridemias. Medicine. 2012;11(19):1174-6.
2. Pintó X. Protocolo diagnóstico de las hipertrigliceridemias. Medicine. 2008;10(19):1282-4.

Palabras clave: Hipertrigliceridemia. Hipercolesterolemia. Hipertransaminasemia.