

Patología cutánea en el enfermo con diabetes

Dra. Elena Artal Travería
Atención Primaria Encants. Barcelona

Dra. Gemma Martín Ezquerro
Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona



Las fotografías de esta presentación han sido eliminadas para salvaguardar la privacidad de los pacientes

MARIA

Mujer de 78 años

Ardor en la boca, que se acentúa con los alimentos y molestias al tragar desde hace una semana...

Antecedentes:

DM2 de 5 años evolución en tratamiento con metformina

Depresión en tratamiento con amitriptilina

Portadora de prótesis dental parcial removible (“puente”)

Candidosis oral o “Muguet”

¿ Requiere alguna prueba complementaria para su diagnóstico?

X - No

X - Sí, un cultivo bacteriológico

X - Sí, un cultivo fúngico

Candida: flora comensal normal
50% personas portadoras (edad, DM,...)

Diagnóstico : Clínica compatible

Diferentes formas de presentación

Candidosis oral o “Muguet”

Mas frecuente en lactantes, inmunodeprimidos, DM,...

Mujer de **78 años**

Ardor en la boca, que se acentúa con los alimentos y molestias al tragar desde hace una semana...

DM2 de 5 años evolución en tratamiento con metformina

Depresión en tratamiento con **amitriptilina**

Portadora de prótesis dental parcial removible (“**punte**”)

¿Que tratamiento propondría?

X - Miconazol gel en mucosas yugales/ 8h durante 7 días

X - Nistatina enjuagues y tragar/6h durante 7 días

X - Fluconazol 100 mg/ día vo durante 7-10 días

Tratamiento

Antifúngicos imidazólicos o nistatina gel oral o jarabe /6-8 h.
7 días o hasta la curación clínica.

En inmunodeprimidos: tratamiento oral con imidazólicos (itraconazol o fluconazol vo).

L-W Zhang, et al. Efficacy and safety of miconazole for oral candidiasis: a sytematic review and meta-analysis. Oral diseases 2016;22.185-195

Worthington HV, et al. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7.

**Recidivas cada 4-6
semanas.....**

**¿ Qué realizaría
entonces?**

Ante recaídas valorar factores desencadenantes:

- **Fármacos ?** → corticoides (inhalados), xerostomía, radioterapia, inmunosupresores,...
- Enfermedades que cursan con **inmunosupresión**: VIH, DM, IRC, enfermedades malignas (leucemia, linfoma,....)
- Participación de la **prótesis dental ?** → Biofilm

Laura Coronado-Castellote, et al. Clinical and microbiological diagnosis of oral candidiasis. J Clin Exp Dent. 2013;5(5):e279-86.

**Comprimidos efervescentes : solución de Milton
Lejía diluida en agua 1:1 (aprox 20 min)**

¿ Todas las membranas
blancas en la boca son
Cándida ?

CANDIDA

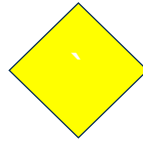
HERPES

LIQUEN

Paciente 48 años, fumador.

DM 2 en tto dietético

1 mes....Sensación rasposa y leve escozor al tomar alimentos ácidos.



“Espejo”

Placa ovalada
eritematosa
brillante,
depapilada

Glositis romboidal media

Lengua Geográfica = Glositis benigna migratoria

Placas rojas o atróficas
delimitadas por margen

circinado blanquecino

(Parches que cambian de forma, tamaño y distribución...)

Cara **dorsal y lateral** de la lengua

Asintomático o escozor

Causa **desconocida**

Muy frecuente: prevalencia **14%**

Queilitis Angular

Predisposición en edad avanzada, pérdida piezas dentales, prótesis,....
DM, inmunosupresión, malnutrición,

Frecuente sobreinfección por Candida y Estafilococo.

Candidosis Atr6fica

DOLORES

Mujer de 78 años

Ardor en la boca, que se acentúa con los alimentos y molestias al tragar desde hace **6 meses**

Miedo a que sea algo malo

Antecedentes:

DM2 de 5 años evolución en tratamiento con metformina

Depresión en tratamiento con amitriptilina

Portadora de prótesis dental parcial removible (“puente”)

Síndrome de la Boca Urente

1. **Sensación dolorosa o quemante 2/3 distales de la lengua.**
2. **Sensación de cuerpo extraño.**
3. **Disgeusia.**
4. **Problemas dentales coexistentes que el paciente relaciona muchas veces de forma obsesiva con el inicio de sus molestias.**
5. **Hábitos parafuncionales que el paciente repite constantemente, muy variados: movimientos estereotipados con la lengua que se presiona contra los dientes, bruxismo, etc.**
6. **Síntomas psicológicos como ansiedad y depresión.**
7. **La halitosis.**
8. **La cancerofobia** es asimismo frecuente en los pacientes con SBU (hasta el 20 %), que atribuyen sus molestias a un proceso maligno.
9. **Sin causa orgánica objetivable en el examen físico.**

Síndrome de la Boca Urente

Orodninia, Glosodinia, Estomatodinia, Disestesia oral

Sensación de dolor, ardor o escozor en la lengua o en otra zona de la cavidad oral, **sin causa orgánica objetivable en el examen físico**.

Diagnóstico de Exclusión →

Tabla 1. Patologías a descartar en el diagnóstico del síndrome de la boca urente

<i>Enfermedades sistémicas</i>	<i>Enfermedades cutáneas</i>
Síndrome de Sjögren	Candidiasis oral
Diabetes	Liquen plano
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	Lengua geográfica, fisurada
Neuralgias	Radioterapia
Deficiencias: Hierro, folatos, zinc, vitaminas	Enfermedades poco evidentes: Eczema de contacto, galvanismo

Brufau-Redondo C et al. Síndrome de la boca urente. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:431-40

ENFOQUE TERAPÉUTICO

Factores locales

↑ sensación de ardor →
eliminarse

Alcohol, picantes, ácidos

→ irritantes

Si síntomas son causados

Hábitos parafuncionales

Corriente galvánica

Irritación mecánica

Alergia dentadura

Eliminación estos factores

Mejoría clínica

Capsaicina tópica

Lidocaina 2%

Ácido lipoico

Clonazepan

Antidepresivos Triciclicos

ISRS

ISRN

Antipsicóticos

Olanzapina

Amisulprida

CONCLUSIONES Caso 1: MUGUET ORAL

Manifestación oral más frecuente del paciente diabético

Diagnóstico clínico

Diferentes formas clínicas de presentación

Valorar factores predisponentes : higiene oral , desinfección de prótesis, fármacos, inmunosupresión, ...

TRATAMIENTO:

Nistatina (suspensión oral) o Miconazol (gel)

Pauta: 3-4 veces al día, x 7 días o hasta curación

- Antifúngicos azólicos vo
Itraconazol (100 mg/12 h ó 200 mg/12)
Fluconazol (50-100 mg/día)
- Duración: 2-4 semanas

Se me hincha la pierna ... y está roja....

- Mujer de 67 años

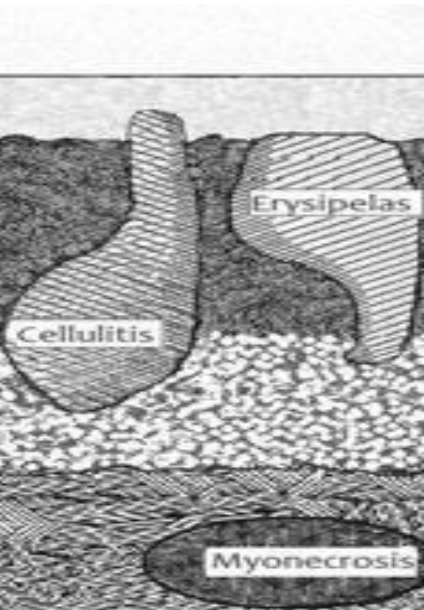
Antecedentes:

- DM2 en tratamiento con metformina 2/día y glicazida 30 mg/día
- HTA y dislipemia

X - Celulitis

X - Erisipela

X - Dermatitis de contacto



¿ Qué germen está implicado más frecuentemente ?

X - *Staphylococcus aureus*

X - *Streptococcus pyogenes*

X - *Streptococcus epidermidis*

¿ Es necesario realizar cultivos?

X - No, tienen bajo rendimiento

X - Sí, de la puerta de entrada

X - Sí, por aspiración

Duvanel T, Auckenthaler R, Rohner P, Harms M, Saurat JH. Quantitative cultures of biopsy specimens from cutaneous cellulitis. Arch Intern Med. 1989;149(2):293-296.

El diagnóstico es CLÍNICO

Los hemocultivos, biopsias y aspirados no son útiles para el diagnóstico de los casos típicos de erisipela y celulitis (Valor de recomendación B-II)

Gérmenes más frecuentes:

Streptococcus pyogenes del grupo A (58% -67%), C y G

Streptococcus agalactiae (3%- 9%)

Streptococcus dysgalactiae spp. (14%)

Staphylococcus aureus (10-20%): especialmente si purulencia

Gram negativos: en ID, cirróticos, traumatismos acuagénicos, mordeduras de animales

¿ Qué cobertura antibiótica escogería?

X - Penicilina oral 250 mg /8 h

X - Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/ 8h

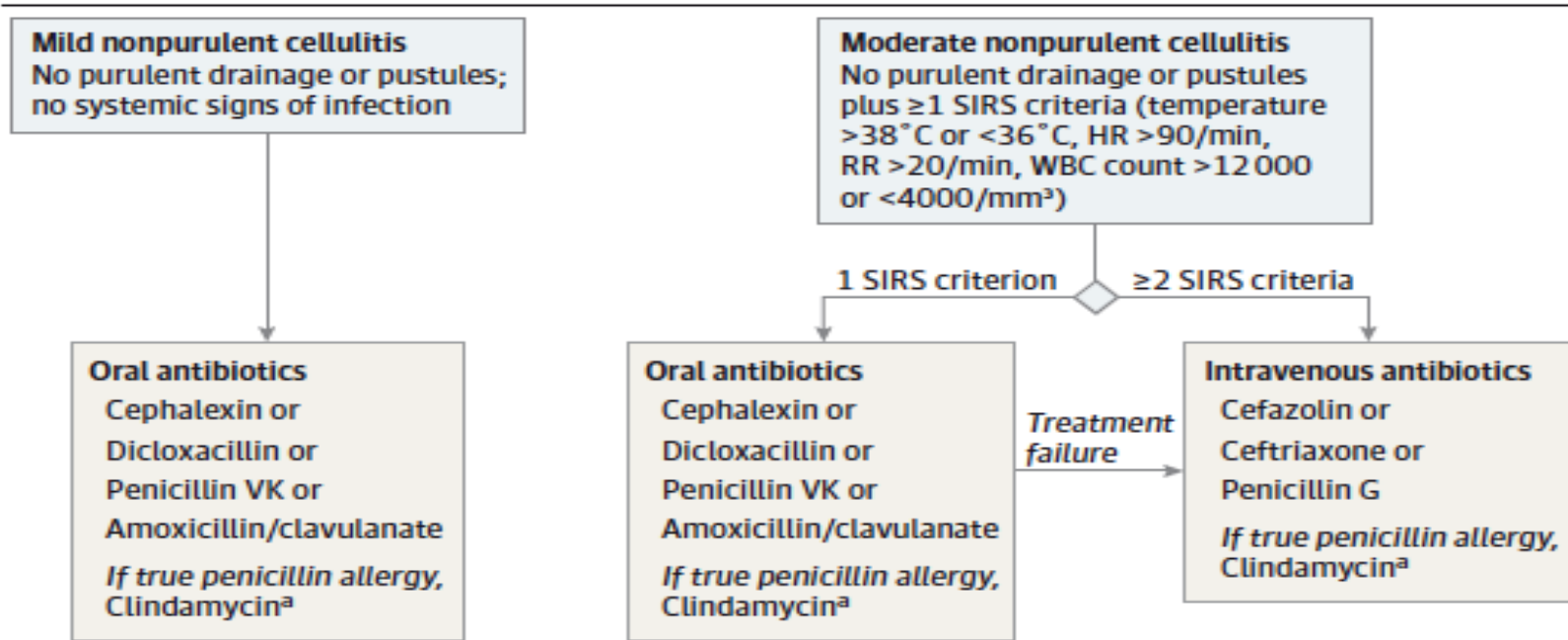
X - Levofloxacino 500 mg /24h

¿ Y si es alérgica a penicilina?

X - Clindamicina 300 mg/8h

X - Levofloxacino 500 mg /24h

X - Cotrimoxazol 800/160 mg / 12h



Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. JAMA. 2016 Jul 19;316(3):325-37.

¿ Delante de una **Celulitis**, qué signos o síntomas nos deben hacer sospechar que se trata de una infección grave, como **celulitis anaeróbica o fascitis necrotizante** ?

- 1- Dolor importante
- 2- Ampollas
- 3- Necrosis o equimosis
- 4- Gas
- 5- Edema que supera eritema
- 6- Anestesia
- 7- Manifestaciones tóxicas

ZIGOMICOSIS

Infección cutánea por hongos del género **Mucor**

DM como factor predisponente más frecuente (seguido de IS)

Celulitis → Fascitis necrotizante

¿ Ante un paciente con **Erisipela en la pierna**,
qué otra parte del cuerpo debemos mirar?

77% tienen puerta de entrada → **50% Tiña pedis**

Morris A. Cellulitis and erysipelas. Clin Evid. 2006;(15):2207-2211.

Dermatofitos más frecuentes *Trichopyton rubrum* (70%)
Trichopyton mentagophytes

Dudas?? Examen directo KOH o cultivo micológico escamas

TIÑA PEDIS

PIE SECO !!!!!

Tópico : azol o ciclopiroxolamina

Antifúngico

Oral : tiña en mocasín, recidivas, onicomiosis

Terbinafina 250 mg al día x 14 días en tiña pedis

Itraconazol 100 mg cada 12h x 14 días o 200/d x 7 días

Celulitis / Erisipela recidivante

22-50% de recurrencias

Tratar el factor desencadenante: tiña pedis, onicomiosis,
linfedema

(22% de recurrencias no se identifica)

si > 2 episodios en 1 año: penicilina 250 mg vo/12h

Thomas KS, Crook AM, Nunn AJ, et al; UK Dermatology Clinical Trials Network's PATCH I Trial Team. Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. N Engl J Med. 2013;368(18):1695-1703.

¿Vale la pena cultivar la onicomicosis?

X Sí, aunque son frecuentes los falsos negativos, nos ayuda a decidir el tratamiento

X No, porque tiene muy bajo rendimiento y no cambia la actitud

Cultivo baja sensibilidad (40%)

Dermatofitos más frecuentes:

***Trichopyton rubrum* (70%)**

y el

Trichopyton mentagrophytes

ONICOMICOSIS

A) EXCLUSIVO TÓPICO CON LACAS

afectación distal y lateral,
menos del 50% de la lámina ungueal,
una sola uña

B) ORAL

Terbinafina 250 mg al día 3-6 MESES

Itraconazol 200 MG/12h 1ª semana de mes, 3-6 MESES

Fluconazol 300 mg a la semana, 3-6 MESES

C) AVULSIÓN adyuvante

ERITRASMA. *Corynebacterium minutissimum*

El marido nos enseña esta lesión en zona inguinal....

CANDIDA

TIÑA

ERITRASMA

Conclusiones CASO 2: CELULITIS - ERISIPELA

- Diagnóstico clínico

- Germen más frecuente:

Streptococcus pyogenes del grupo A (58% -67%), C y G
Staphylococcus aureus (10-20%)

- Recordar signos de alarma

OTITIS EXTERNA MALIGNA

Infección del oído externo,
(se extiende al hueso temporal : infección grave) :

Pseudomonas y
Staphylococcus aureus y MRSA

Diagnóstico:

Tomografía computarizada (TC)

Cultivo de la secreción

Biopsia

Tratamiento:

Antibióticos, en algunos casos, oxigenoterapia hiperbárica

Control de la diabetes Limpiezas repetidas del canal auditivo

Patología cutánea más frecuente en el paciente diabético → **INFECCIONES**

- **Dermatofitosis**
- **Piodermitis**

Mal control metabólico

Xerosis, vasculopatía, neuropatía autonómica, inmunosupresión

Sasmaz S, et al. The prevalence of skin disorders in type-2 diabetic patients. Int J Dermatol 2004;3(1)
Farshchian Met al. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus: a case series. Cutis 2010;86(1):31-5

Pie diabético

Neuropatía

Artropatía

Lesión

Inspección de los pies y zapatos

TRASTORNOS CUTÁNEOS NO INFECCIOSOS ASOCIADOS A LA DM

NECROBIOSIS LIPOIDICA

- X - Granuloma anular
- X - Necrobiosis lipoidica
- X - Dermopatia diabética



Pequeñas papulas rojizas que crecenconfluir placas discoides
Simétricas. Pretibial.
+ mujeres 30-40 a

NECROBIOSIS LIPOIDICA

Alrededor **2/3** de los pacientes con Necrobiosis Lipoidica son **diabéticos** o desarrollarán la enfermedad dentro de los próximos **10 años**.

Marcador de **riesgo CV**

20% resolución espontánea en unos años.

GRANULOMA ANULAR

Papulas violáceas que confluyen en placas anulares (1-5 cm)
mujeres 30-50 a

GRANULOMA ANULAR

Forma generalizada - DM
20-70% tienen DM

Curación en 1 -3 a, sin cicatriz. Brotes

La manifestación cutánea más frecuente de la DM..... **30-60% DM (mal control)**
Hombres, 50 a



1- 3 semanas:
Evolución a
fase de
remisión

DERMOPATIA DIABETICA

**Diagnóstico clínico (>4 lesiones
características)**

DERMOPATIA DIABETICA

**Mayor riesgo de presentar otras
complicaciones por alteración de la
microvascularización : retinopatía,
nefropatía y neuropatía.**

**Tratamiento:
control glucemia**

BULLOSIS DIABETICORUM

X - Bullosis Diabeticorum

X - Penfigoide ampoloso

X - Pénfigo vulgar



Todos son DM
Hombre , 50- 70 a, insulino dependiente de
larga evolución
Cura en 2-6 semanas

TRASTORNOS CUTÁNEOS NO INFECCIOSOS NO ESPECÍFICOS ASOCIADOS A LA DM

JUAN

Paciente varón 75 a

Antecedentes Patológicos:

HTA de 15 años de evolución,
tratamiento torasemida 5mg/día.

DM 2 de 10 años de evolución, en
tratamiento metformina 850mg
/12h y sitagliptina 100 mg/día

Dislipemia en tratamiento con
atorvastatina 20 mg/día

Consulta por **prurito** generalizado
de 15 días de evolución.

Exploración : no alteración cutánea aparente excepto leve xerosis

Prurito por xerosis? del paciente DM 2 ? Prurito senil ? Por Fármacos?

PICOR !!!!!!!!!!!!!!!

Síntoma más frecuente en el paciente diabético

Motivo de consulta frecuente en DM y en el paciente anciano.

Origen multifactorial

- Afectación epidérmica directa por la hiperglucemia: disminución de síntesis lipídica y de péptidos antimicrobianos: Xerosis y aumento de infecciones cutáneas
- Vasoconstricción o alteraciones vasculares.
- Disautonomía periférica (disminución sudor)

Yamaoka H, SasaKi H, Yamasaki H, Ogawa K, Ohta T, Furuta H, et al. Truncal pruritus of unknown origin may be a symptom of diabetic polyneuropathy. Diabetes Care. 2010;33:150-5

Anamnesis

- tiempo de evolución
- modo de inicio (súbito o progresivo), factor desencadenante
- localización
- horario, severidad (escala analógica visual de 0 a 10), sueño,
- relación con actividad física o agentes externos (calor, frío, agua)
- miembros familia afectados
- síntomas sistémicos como pérdida de peso, astenia, fiebre
- fármacos.
- información sobre trabajo, *hobbies*, contacto con animales, actividad sexual y viajes.

Exploración

Detallada !!! (sequedad cutánea, parásitos, adenopatías y visceromegalias,...)

Pruebas complementarias

- Analítica general: hemograma, glucemia, ionograma, función hepática, renal , sideremia y hormonas tiroideas
- Heces: sangre, parásitos.
- Ecografía abdominal.
- Radiografía de tórax.

+/- biopsia de la piel pruriginosa aparentemente sana

Brenaut E, Misery L. Prurito idiopático. EMC - Tratado de medicina. 2015;19(3):1-5.

1 - Causas del prurito de origen sistémico

2 - Medicamentoso: derivados opiáceos (morfina, cocaína, butorfanol), fenotiazinas, tolbutamina, hormonas anabólicas, estrógenos, testosterona, quinidina y otros antimaláricos, AAS, amiodarona, antibióticos (eritromicina), miconazol, antidepresivos, warfarina, anticuerpos monoclonales, vitaminas del complejo B, etc.

3 – Psicológico: Strés emocional, parasitosis imaginaria, excoriaciones neuróticas, depresión.

Enfermedad renal

Insuficiencia renal crónica.

Enfermedad hepática

Obstrucción biliar.
Cirrosis biliar primaria.
Colangitis esclerosante.
Pancreatitis.
Hepatitis.

Enfermedad endocrina

Diabetes mellitus.
Hiper e hipotiroidismo.
Hiper o hipoparatiroidismo.
Síndrome carcinoide.
Hiperuricemia.

Trastornos hematológicos

Policitemia vera.
Ferropenia.
Linfoma Hodgkin.
Leucemia.
Mielodisplasia.
Paraproteinemia.
Síndrome hipereosinofílico.

Neoplasia interna

Adenocarcinoma.
Tumores que causan colestasis.
Carcinoma de células escamosas.
Tumores SNC (prurito nasal).
Neoplasia hematológica.

Prurito acuagénico

Idiopático o asociado a policitemia vera.

Infestaciones

Anquilostomiasis.
Oncocerciasis.
Ascaridiasis.
Algunas zoonosis.

Consejo : emoliente

Solicitamos analítica sanguínea

10 días:

Analítica : hemograma, función hepática, renal y

TSH sin alteraciones

Gluc 132 HbAc 7

Persiste el prurito , intenso!

- Varón de 75 años
- **PICOR** incoercible de 1 mes de evolución. Hace una semana, aparición de manchas rojas y **AMPOLLAS**

Reinterrogando....

- DM2 en tratamiento con metformina y sitagliptina (hace 2 meses)

CUADRO 3. Fármacos relacionados con penfigoide ampollar

Amoxicilina	Metildopa
Ampicilina	Nadolol
Vacuna para influenza	Omeprazol
Arsénico	Penicilamina
Azapropazon	Penicilina
Captopril	Fenacetina
Clonidina	Extractos placentarios
Cloroquina	Ioduro de potasio
Dactiomicina	Practolol
Enalapril	PUVA
Flupentixol	Risperidona
Furosemida	Sulfonamida
Oro tiosulfatado	Tiopronina
Ibuprofeno	Tiobutirato
Interleuquina 2	Tolbutamida
Ácido mefenámico	gliptinas

Modificado de Vassileva S. Drug-induced Pemphigoid: Bullous and Cicatricial, *Clinics in Dermatol.*, 1998, 16: 379-387.

Agregado de Millard T.P., Smoth H.R., Black M.M., Barker J.N. Bullous Pemphigoid developing during systemic therapy with Chloroquine, *Clin. Exp. Dermatol.*, 1999, 24: 263-5.

PENFIGOIDE INDUCIDO POR FÁRMACOS

Frecuencia desconocida

La enzima DPP-IV también está presente en células inmunes → coestimulador inmunológico

Edad avanzada

Latencia 2-13 meses

PENFIGOIDE INDUCIDO POR GLIPTINAS

Frecuencia desconocida

La enzima DPP-IV también está presente en cél inmunes→ coestimulador inmunológica

Edad avanzada

Latencia 2-13 meses

Resolución completa tras la retirada

PENFIGOIDE INDUCIDO POR GLIPTINAS

Conclusiones CASO 3: AMPOLLAS

LAS AMPOLLAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

- Bullosis diabeticorum
- Penfigoide ampoloso
- Eccema agudo de contacto
- Tiña ampollosa

YATROGENIA EN LA DIABETES MELLITUS

Toxicodermias: descritas con
TODOS LOS ADO

(leves → graves: Stevens
Johnson /NET)

Koca R et al. Psoriasiform drug eruption associated with metformin hydrochloride: a case report.
Dermatol Online J. 2003 Aug;9(3):11

En relación con la insulina:

- Infecciones locales
- Reacción local en el punto de inyección
- Reacciones alérgicas a la insulina
- **Lipodistrofia**

LIPOATROFIA: pérdida de la grasa del tejido subcutáneo ,
adelgazamiento y atrofia
insulinas poco purificadas

LIPOHIPERTROFIA: aumento de tejido adiposo subcutáneo , por efecto lipogénico de
insulina

Cambio de agujas y rotación de los lugares de inyección. Algunas lesiones se resuelven después de unos meses de abstenerse en la inyección en dicha zona.

ACANTOSIS NIGRICANS

X - Enfermedad de Addison

X - **Acantosis Nigricans**

X - Intértrigo Candidiásico

**Piel engrosada más hiperpigmentada
aterciopelado**

Resistencia a la insulina

Adenocarcinoma. Abdominal

AN MALIGNA:

- Brusca
- Severa y extensa
- Zonas acrales y mucosas
- MEG, sde tóxico,....

Xantomas eruptivos

HIPERTRIGLICERIDÉMIA

Diabetes , sobrepeso,
transtornos genéticos de
lipoproteínas (colesterol y
triglicéridos)

Tratamiento:
control dislipemia

Aparición súbita, 3-4 sem. Gluteos y zonas de extensión,....

XANTELASMAS

ESCLEROSIS

ESCLEREDEMA

La piel del paciente con diabetes



30-70% afectación
Variada patología

AGE: Advanced Glycation Products

Hiperglicemia → Glicosilación de proteínas →

Epidermis

Colágeno y Epitelio Vascular

Clasificación de las manifestaciones cutáneas en la DM:

INFECCIONES CUTÁNEAS

TRASTORNOS CUTÁNEOS NO INFECCIOSOS ASOCIADOS A LA DM

INESPECÍFICOS

TRASTORNOS CUTÁNEOS NO INFECCIOSOS ASOCIADOS A LA DM

ESPECÍFICOS

MANIFESTACIONES POR COMPLICACIONES DE LA DM

Pie diabético

MANIFESTACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO

CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL DEL DIABETICO

Frecuentemente nos olvidamos de la piel....

El cuidado y seguimiento del paciente y su educación reduce la morbilidad y complicaciones relacionadas con la piel.

Emolientes

Sol natural

Fotoprotección

Cuidar la piel = CONTROL METABÓLICO

de Macedo et al. Skin disorders in diabetes mellitus: an epidemiology and physiopathology review. Diabetol MetabSyndr (2016) 8:63



Gracias