

# Patología cutánea en el enfermo con diabetes

Dra. Elena Artal Travería

*Médico de familia.*

*Equipo de Atención Primaria Encants. Barcelona*

Dra. Gemma Martín Ezquerro

*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona*















**MARIA**

## Mujer de 78 años

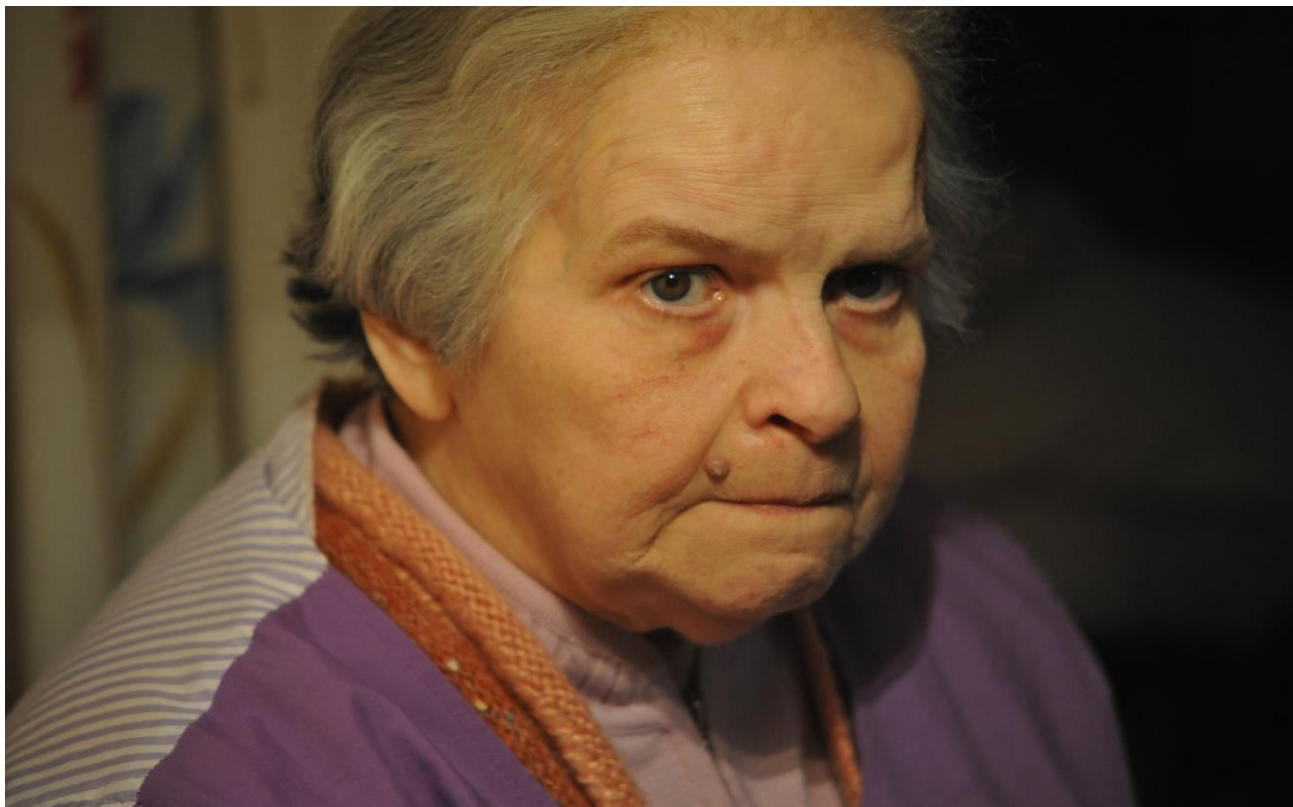
Ardor en la boca, que se acentúa con los alimentos y molestias al tragar desde hace una semana...

### Antecedentes:

DM2 de 5 años evolución en tratamiento con metformina

Depresión en tratamiento con amitriptilina

Portadora de prótesis dental parcial removible (“puente”)







¿Requiere alguna prueba complementaria para su diagnóstico?

X - No

X - Sí, un cultivo bacteriológico

X - Sí, un cultivo fúngico

*Candida*: flora comensal normal

**Diagnóstico:** Clínica compatible

Diferentes formas de presentación

# Candidosis oral o “Muguet”



Más 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 (“puente”)

## ¿Que tratamiento propondría?



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

**X** - Nistatina enjuagues y tragar/12h 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).

¿Qué realizaría  
entonces?



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



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

¿ Todas las membranas  
blancas en la boca son  
**Cándida** ?



**Paciente 48 años, fumador.**

**DM 2 en tto dietético**

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



## **Glositis romboidal media**







# Lengua Geográfica = Glositis benigna migratoria

Placas rojas o atróficas delimitadas por margen **circinado blanquecino**

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, .....

# 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”)



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



## Factores locales

↑ sensación de ardor →  
eliminar

**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**

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/dia)
- Duración: 2-4 semanas

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



¿ CUÁL SERÍA SU DIAGNÓSTICO?

- Mujer de 67 años

#### Antecedentes:

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

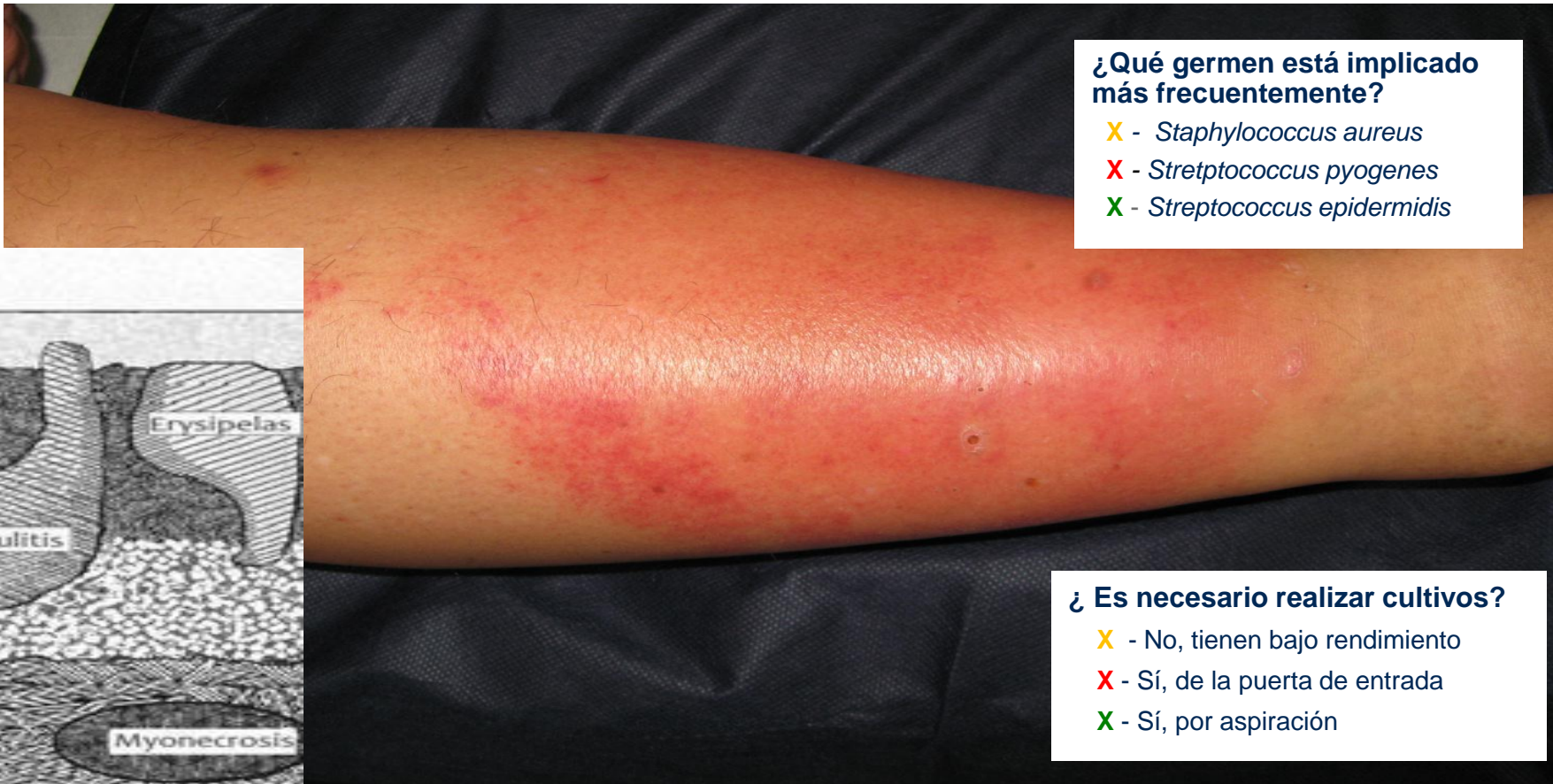
X - Celulitis

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

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



**Mild nonpurulent cellulitis**  
No purulent drainage or pustules;  
no systemic signs of infection

**Oral antibiotics**  
Cephalexin or  
Dicloxacillin or  
Penicillin VK or  
Amoxicillin/clavulanate  
*If true penicillin allergy,*  
Clindamycin<sup>a</sup>

**Moderate nonpurulent cellulitis**  
No purulent drainage or pustules  
plus  $\geq 1$  SIRS criteria (temperature  
 $>38^{\circ}\text{C}$  or  $<36^{\circ}\text{C}$ , HR  $>90/\text{min}$ ,  
RR  $>20/\text{min}$ , WBC count  $>12\,000$   
or  $<4000/\text{mm}^3$ )

1 SIRS criterion

$\geq 2$  SIRS criteria

**Oral antibiotics**  
Cephalexin or  
Dicloxacillin or  
Penicillin VK or  
Amoxicillin/clavulanate  
*If true penicillin allergy,*  
Clindamycin<sup>a</sup>

Treatment  
failure

**Intravenous antibiotics**  
Cefazolin or  
Ceftriaxone or  
Penicillin G  
*If true penicillin allergy,*  
Clindamycin<sup>a</sup>

¿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**



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

**Dudas??** Examen directo KOH o cultivo micológico escamas



# TIÑA PEDIS

## PIE SECO !!!!!

### Antifúngico

**Tópico:** azol o ciclopiroxolamina

**Oral:** tiña en mocasín, recidivas, onicomycosis

Terbinafina 250 mg al día x 14 días en tiña pedis  
Itraconazol 100 mg cada 12h x 14 días

### 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







## ¿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 1<sup>a</sup> semana de mes, 3-6 MESES

Fluconazol 300 mg a la semana, 3-6 MESES

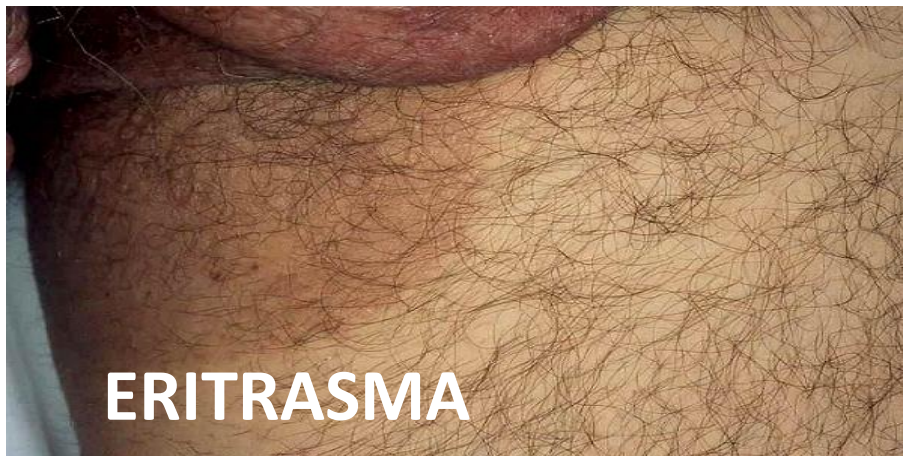
## C) AVULSIÓN adyuvante

# ERITRASMA

## *Corynebacterium minutissimum*

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





- **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

# Pie diabético

Neuropatía  
Artropatía  
Lesión



Inspección de los pies y zapatos

# Trastornos cutáneos no infecciosos asociados a la DM

# NECROBIOSIS LIPOIDICA



Simétricas. Pretibial.  
+ mujeres 30-40 a

- X - Granuloma anular
- X - Necrobiosis lipoidica
- X - Dermopatía diabética



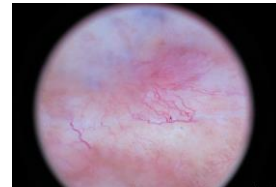
# NECROBIOSIS LIPOIDICA



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.

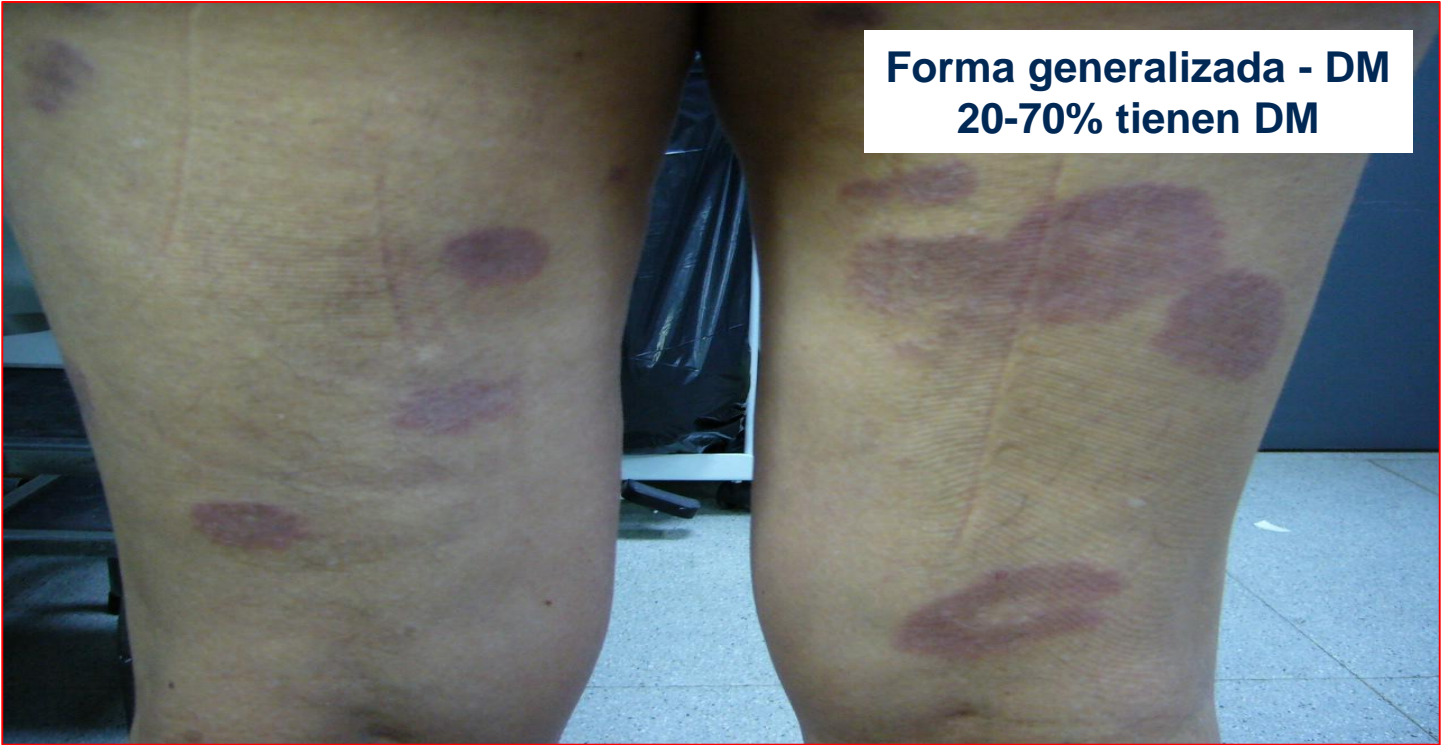


# GRANULOMA ANULAR



placas anulares (1-5 cm)  
mujeres 30-50 a

# GRANULOMA ANULAR



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



# DERMOPATIA DIABETICA



Diagnóstico clínico  
(>4 lesiones características)

**Tratamiento:** control glucemia

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

# BULLOSIS DIABETICORUM



**X** - Bullosis Diabeticorum

**X** - Penfigoide ampoloso

**X** - Pénfigo vulgar



Todos son DM  
Hombre , 50- 70 a, insulino dependiente  
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

## 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.  
Ascariasis.  
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



## DERMATOSIS PERFORANTE REACTIVA

Específica de DM mal controlada y/o  
reagudización de la Insuficiencia renal

## LAS AMPOLLAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

- **Bullosis diabeticorum**
- **Penfigoide ampolloso**
- **Eccema agudo de contacto**
- **Tiña ampollosa**

# YATROGENIA EN LA DIABETES MELLITUS

**Toxicodermias:** descritas con  
TODOS LOS ADO

(leves → graves: Stevens Johnson /NET)



# 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** - Acanthosis 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,....



## Tripe palms

### ACANTOSIS NIGRICA MALIGNA:

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

# Xantomas eruptivos



## HIPERTRIGLICERIDÉMIA

**Diabetes, sobrepeso, trastornos genéticos de lipoproteínas** (colesterol y triglicéridos)

**Tratamiento:**  
control dislipemia

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

# XANTELASMAS



# ALOPECIA AREATA



# PSORIASIS



Eiris N, et al. Genetic variation at IL12B, IL23R and IL23A is associated with psoriasis severity, psoriatic arthritis and type 2 diabetes. *J Dermatol Sci.* 2014 sep;75(3):167-72

Granata M, et al. Obesity, type 1 Diabetes, and Psoriasis: An Autoimmune triple Flip. *Pathobiology.* 2017;84(2):71-79.

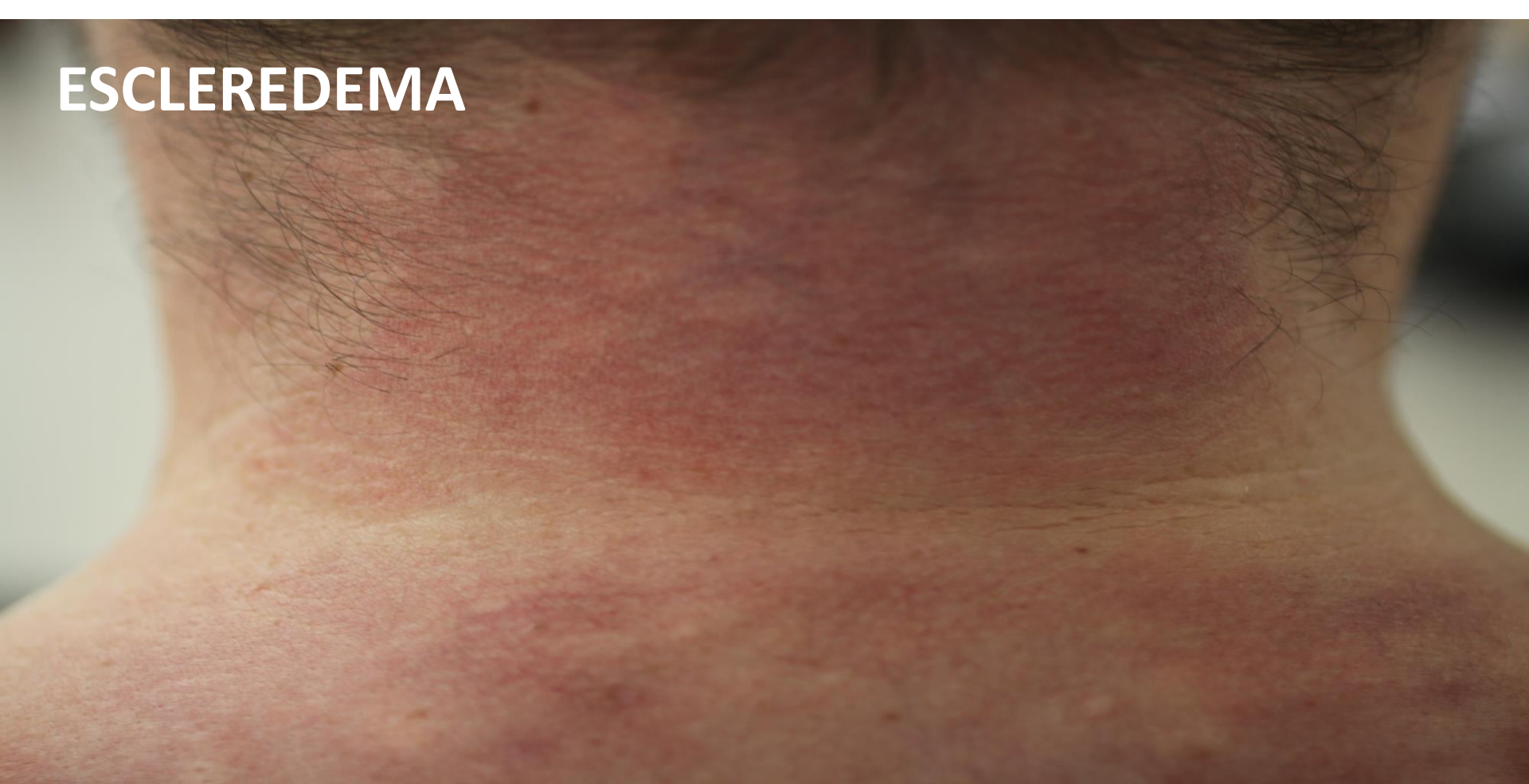
Wolk K, et al. Adipokines in psoriasis: An important link between skin inflammation and metabolic alterations. *Rev Endocr Metab Disord.* 2016 sep;17(3):305-317.



# HIDRADENITIS SUPURATIVA



# ESCLEREDEMA



# ESCLEROSIS



**30-70% afectación**  
**Variada patología**

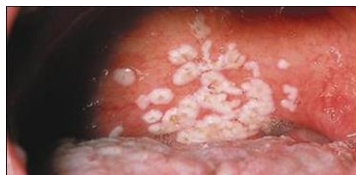
**AGE: Advanced Glycation Products**

Hiperglicemia → Glicosilación de proteínas → Epidermis

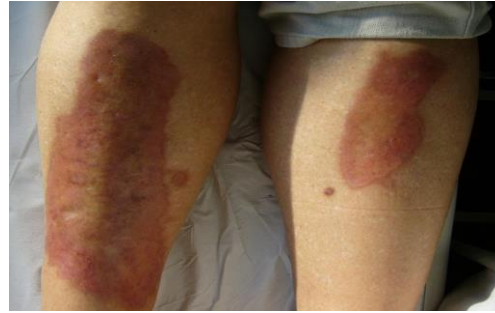
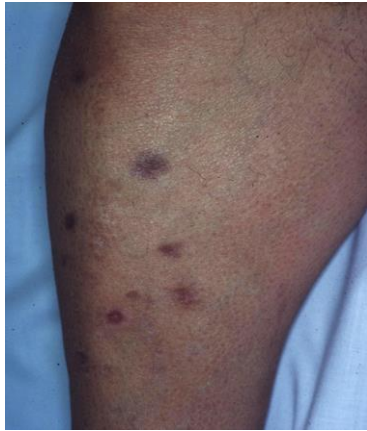
Colágeno y Epitelio Vascular



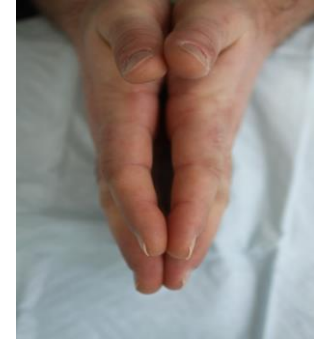
## INFECCIONES CUTÁNEAS



## ESPECÍFICOS



## INESPECÍFICOS



## Pie diabético



## Manifestaciones asociadas al tratamiento antidiabético



**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**







Gracias