

¿Cuál es su diagnóstico?

¿Dermopatía diabética?

Is It Diabetic Dermopathy?

Aymee Vera Estévez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7449-5382>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “10 de octubre”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: thuyenfong@infomed.sld.cu

Caso clínico

Paciente femenina de 73 años de edad, color de piel mestiza, antecedentes de asma bronquial intermitente desde los 9 años, diabetes mellitus tipo II hace 30 años y miopatía primaria hace 4 años.

Hace 3 años comenzó con lesiones en piel, que inicialmente aparecían como manchas en pierna izquierda. Acude en varias ocasiones a la consulta de Dermatología donde se le diagnostica una dermatopatía diabética. Hace 1 año aumentaron las lesiones en la pierna izquierda, y aparecen en pierna derecha, espalda, brazos y rostro. Presenta, además, inestabilidad a la marcha e hipoacusia marcada por lo que acude a la consulta de Medicina.

Examen físico:

- Peso 79 kg; Talla 155 cm; Índice de masa corporal; 32,9; Obesidad Grado I.
- Piel: Múltiples placas eritematovioláceas, algunas pigmentadas, con descamación, de bordes infiltrados e indurados y centro deprimido, atrófico. Están localizadas en miembros inferiores, con tendencia a ser simétricas y bilateral (figs. 1 y 2), presenta otras placas en espalda, brazos, cara (región ciliar, dorso nasal), y región preauricular derecha.
- No compromiso mucoso, ungueal, ni de cuero cabelludo.



Fig. 1 – Placas eritematovioláceas, algunas pigmentadas en miembros inferiores.



Fig. 2 – Lesiones con descamación, bordes infiltrados e indurados y centro deprimido, atrófico.

- Aparato respiratorio: Expansibilidad torácica normal. Murmullo vesicular disminuido globalmente. No estertores. FR: 16 x min.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, bien golpeados. No soplos. FC: 80 x min TA: 130/80.
- SNC: Paciente vigil, bien orientada.
- Extremidades: Atrofia marcada en manos, región tenar e hipotenar y antebrazo.
- Temblor de intención.
- Fondo de ojo: Retinopatía diabética grado I.
- VIII Par: Disminución de agudeza auditiva bilateral.
- Otoscopia: Dentro de límites normales.

Exámenes complementarios:

Hto: 0,38	Leucograma: 8,6 x10 ⁹ /L	Eritro: 42 mm/h
Plaquetas: 330 x10 ⁹ /L	Glucosa: 10,8 mmol/L	Fosfatasa alcalina: 75
LDH: 205 U/L	Creatinina: 85 mg/L	CK total: 65 U/L
TGO: 25 U/L	TGP: 28 U/L	GGT: 16 U/L
Calcio: 2,49 mmol/L	Fósforo iónico: 1,36 mmol/L	

- Rayos X de tórax: Hilios aspecto normal. Patrón reticular en ambos campos pulmonares. Ateromatosis con calcificación del cayado. Cambios degenerativos en columna dorsal. ICT normal.
- TAC de cráneo: Disminución ligera del espacio subaracnoideo asociado a discreto aumento de los ventrículos laterales.
- RMN de cráneo: Múltiples lesiones en sustancia blanca peri ventricular hiperintensas en frecuencia de TR largo e Hipo intensas en T1 de aspecto vascular isquémico no reciente. Marcados signos de atrofia cortical difusa con hidrocefalia exvacuom y del cuerpo calloso (fig. 3).

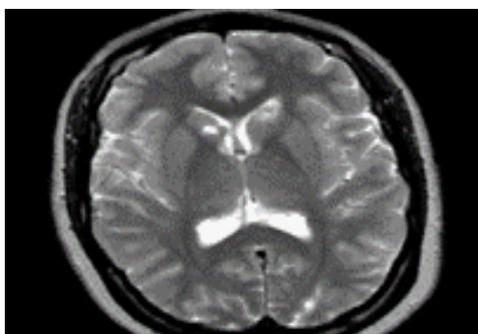


Fig. 3 – Resonancia magnética.

- Electromiografía: Daño axonal a nivel de raíces de los músculos explorados (Interóseo, extensor común de los dedos, bíceps y deltoides) (C5- C6 / C7- C8). El estudio motor corrobora las alteraciones en la electromiografía. Daño axonal y nervio periférico compatible con miopatía y neuropatía periférica.

Se interconsulta el caso con el servicio de Dermatología del hospital y se decide realizar biopsia de piel (fig. 4).

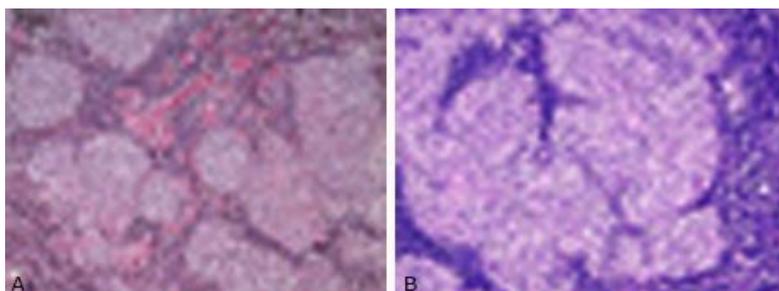


Fig. 4 – Imágenes histológicas de la lesión.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses para la publicación de este trabajo.