

Necrobiosis lipóidica diabética

Diabetic lipoidic necrobiosis

MsC. Rubén Pérez Armas,^I Dra. Odisa Mildres Cortés Ros^I y MsC. Rafael Escalona Veloz^{II}

^I Universidad de Ciencias Médicas de Manzanillo, Granma, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una fémina de 39 años de edad, con diabetes mellitus de tipo II, quien ingresó en el Servicio de Dermatología del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" de la provincia de Granma por presentar, desde hacía más de un año, múltiples lesiones en los miembros inferiores, superiores y tronco. Teniendo en cuenta los resultados de los exámenes físico y complementarios, incluida la biopsia, se le diagnóstico necrobiosis lipóidica diabética. Se le indicó tratamiento con triamcinolona y evolucionó favorablemente.

Palabras clave: mujer, necrobiosis lipóidica, diabetes mellitus, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 39 years female patient with diabetes mellitus type II who was admitted in the Dermatology Service of "Celia Sánchez Manduley" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital of Granma province is described. She presented, for more than a year, multiple lesions in the lower and higher extremities and trunk. Keeping in mind the results of the physical and complementary exams, including biopsy, she had a diagnosis of diabetic lipoidic necrobiosis. She was prescribed a treatment with triamcinolona and she had a favorable clinical course.

Key words: woman, lipoidic necrobiosis, diabetes mellitus, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El término necrobiosis es empleado por los dermatólogos para describir la muerte de un tejido e inmediato reemplazo por uno vivo, como sucede en el granuloma anular y la necrobiosis lipóidica.¹

La necrobiosis lipóidica diabética es un trastorno cutáneo degenerativo del tejido conectivo, descrito en 1932 por Urbach, asociado a los diabéticos, pero actualmente se ha demostrado que aparece en pacientes que no la padecen. Se desarrolla en 3 % de los diabéticos, de los cuales un tercio tienen diabetes clínica de tipo I y II; un tercio, intolerancia a la glucosa y el resto, tolerancia normal.²

Asimismo, es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, en proporción de 3:1, su causa es incierta y la patogenia multifactorial. Al respecto, se señala una serie de factores genéticos, vasculares, inmunológicos y la microangiopatía es controversial.^{3, 4}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 39 años de edad, mestiza, con antecedente de diabetes mellitus de tipo II, quien fue ingresada en el Servicio de Dermatología del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" de la provincia de Granma por presentar, desde hacía más de un año, múltiples lesiones en los miembros inferiores, superiores y tronco, una de las cuales estaba ulcerada.

- Examen físico dermatológico

Se observaron múltiples lesiones marrón oscuro en placa, entre 4 y 8 cm, unas ovaladas y otras alargadas, de bordes elevados, deprimidas centralmente y con cambios atróficos, de superficie lisa y brillante, localizadas en los miembros superiores e inferiores y una en la espalda hipoestésica (figura 1).



Fig.1. A) Placa marrón oscuro en la espalda, de superficie lisa; B) Placa deprimida centralmente y cambios atróficos en miembro inferior

Con el diagnóstico presuntivo de necrobiosis lipóidica diabética se le realizó una biopsia incisional de piel, cuyo resultado informó atrofia epidérmica y, en la dermis, profunda degeneración de las fibras colágenas, necrobiosis en foco y abundante infiltrado linfocitario con células gigantes y epitelioides, dispuestas en empalizadas y vasos dilatados (figura 2).

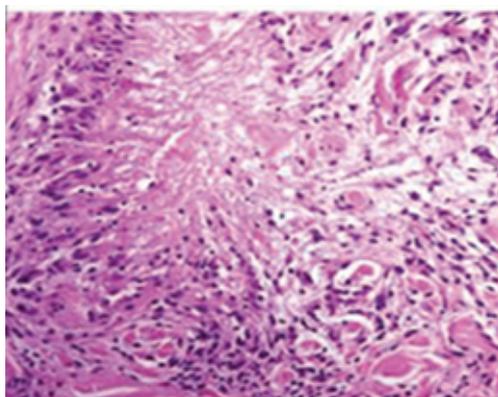


Fig. 2. Focos de necrosis de las fibras colágenas, rodeados por células gigantes, linfocitos e histiocitos

Con todas estas evidencias clinicohistológicas y el antecedente de diabetes mellitus, se confirmó el diagnóstico de necrobiosis lipóidica diabética.

Por presentar lesiones hipoestésicas, se le realizó baciloscopia de Hansen, que resultó negativa y los valores de glucemia estuvieron alterados. Actualmente recibe tratamiento con triamcinolona intralesional y su evolución ha sido favorable.

COMENTARIOS

La diabetes mellitus es una de las enfermedades metabólicas que provoca manifestaciones cutáneas en 94,4 % de quienes la padecen. La más frecuente suele ser la xerosis, seguida de las dermatomicosis.⁵⁻⁷

Es causante de necrobiosis lipóidica en 3 % de los diabéticos, de los cuales un tercio tienen diabetes clínica y otro tercio solo intolerancia a la glucosa.

Si bien Urbach la denominó en 1932 necrobiosis lipóidica *diabeticorum*, fue Oppenheim quien la describió y la llamó dermatitis atrophicans lipoides diabética y más tarde enfermedad de Oppenheim-Urbach. En 1935 Goldsmith refirió el primer caso de necrobiosis lipóidica en un paciente sin diabetes mellitus y posteriormente muchos casos más, por lo que en 1960 se propuso suprimir el nombre de diabetes al nombre original.⁸

En los pacientes diabéticos la edad promedio de presentación es a los 30 años y en los no diabéticos a los 41. Habitualmente, las lesiones se localizan en regiones pretibiales y caras laterales de las piernas, de forma única o múltiple. Se pueden observar en el tronco, en los muslos, en la región poplíteica, en los pies, incluso en la cara. Las lesiones iniciales son pápulas eritematosas y/o placas amarillo-café, bien circunscritas, con telangiectasias en la superficie, deprimidas en el centro, con aspecto céreo y atrófico. Los bordes son elevados, bien delimitados y aumentan su tamaño de forma lenta, progresiva y de manera centrífuga. A veces su aspecto es esclerodermiforme por

aumento del tejido fibroso y las lesiones pueden ulcerarse espontáneamente o por traumatismos. En ocasiones puede haber prurito, ardor, dolor, alopecia parcial, anestesia e hipohidrosis en los sitios afectados.

Desde el punto de vista histopatológico aparecen focos de necrobiosis con edema o degeneración eosinofílica de las fibras colágenas, las cuales suelen estar hialinizadas y rodeadas por un infiltrado de linfocitos en la dermis adyacente. Dicho infiltrado está constituido por linfocitos, células plasmáticas, histiocitos, fibroblastos y con frecuencia se visualizan células gigantes multinucleadas; asimismo, suelen observarse cambios vasculares, que consisten en el engrosamiento de las paredes y proliferación de células endoteliales y granulomas en empalizada en pacientes con diabetes mellitus u otra enfermedad sistémica.

El diagnóstico se basa definitivamente en la presencia del granuloma necrobiótico en palizada en la dermis profunda, con los focos de necrobiosis en el centro de estos.

El principal diagnóstico diferencial hay que hacerlo clínica e histológicamente con el granuloma anular en sus inicios.

Hasta la fecha no existe un tratamiento satisfactorio, se han ensayado diversos productos terapéuticos y la respuesta ha sido variada; no obstante, se registran diversas modalidades, de las cuales la infiltración intralesional con triamcinolona ha sido la más satisfactoria.

El pronóstico es variable, la mayoría de los pacientes muestran una progresión continua, a pesar del tratamiento. La remisión espontánea de las lesiones ocurre en 13-19 % después de 1-34 años. En ocasiones se autolimita, en un tiempo que varía de 3-4 años. Cabe destacar el gran impacto sobre la calidad de vida de quienes la padecen, debido a las secuelas que ocasiona: cicatrices residuales, atrofia, desfiguración cosmética, atrofia central y ulceración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falabella Falabella R. Necrobiosis. En: Falabella R, Victoria Chaparro A, barona Cabal MI, Domínguez Soto L. Dermatología. 6 ed. Medellín: CIB; 2002.p.508.
2. Martínez Estrada V, Villanueva Otamendi A, González González M, Maya Aranda SE, Yoseff Ríos H. Necrobiosis lipóidica. Comunicación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2011;20(3): 113-7.
3. Fitzpatrick TB, Wolf K, Allen R, Necrolisis lipóidica. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. 6 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011.p. 919-33.
4. Ponce Olivera RM, Moreno Vázquez K, Ubbelohde Henningsen T, Mercadillo Pérez P. Necrobiosis lipóidica en ausencia de diabetes mellitus. Dermatol Rev Mex. 2006; 50: 185-8.
5. Galdeano F, Zaccari S, Parra V, Giannini ME, Salomón S. Manifestaciones cutáneas de la diabetes mellitus y su importancia clínica. Dermatología Argentina. 2010;16(2).

6. Morgan AJ, Schwartz RA. Diabetic dermopathy: a subtle sign with grave implications. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 58:447-51.
7. Ngo B, Wigington G, Hayes K, Huerter C, Hillman B, Adler M, *et al.* Skin blood flow in necrobiosis lipoidica diabetorum. *Int J Dermatol.* 2008; 47(4):354-8.
8. Corigliano M, Achenbach RE. Granuloma anular: un desafío diagnóstico y terapéutico. *Rev Argent Dermatol.* 2012; 93(4).
9. Murdaca G, Colombo BM, Barabino G, Caiti M, Cagnati P y Puppo F. Antitumor necrosis factor- α treatment with infliximab for disseminated granuloma annulare. *Am J Clin Dermatol.* 2010; 11(6):437-9.
10. Plotner AN, Mutasin DF. Successful treatment of disseminated granuloma annulare with methotrexate. *Br J Dermatol.* 2010; 163(5):1123-4.

Recibido: 11 de octubre de 2013.

Aprobado: 12 de noviembre de 2013.

Rubén Pérez Armas. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", avenida "Camilo Cienfuegos" y carretera de Campechuela, Manzanillo, Granma, Cuba. Correo electrónico: ruben@grannet.grm.sld.cu